

※太枠内の項目についてご記入ください。

届出日 年 月 日

交付窓口	名 称	
交付を受けた方	住所 〒 -	
	(ふりがな) 氏 名	
	電話番号 - -	
届出人	住所 〒 -	
	(ふりがな) 氏 名	利用証交付者との続柄 ( )
	電話番号 - -	
使用区分・ 障害の状況 (該当するものに チェック)	<input type="checkbox"/> 身体障害者	
	視覚	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級
	聴覚 平衡機能障害	<input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 5級
	肢体不自由	上肢 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級
		下肢 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級
	脳原性の 運動機能障害	上肢機能 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級
		移動機能 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級
	心臓機能障害	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級
	じん臓機能障害	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級
	呼吸器機能障害	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級
	ぼうこう又は直腸機能障害	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級
	小腸機能障害	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級
	免疫機能障害	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級
	肝臓機能障害	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級
	<input type="checkbox"/> 知的障害者	障害の程度 A
<input type="checkbox"/> 精神障害者	等級 1級	
<input type="checkbox"/> 要支援高齢者等	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	
<input type="checkbox"/> 難病患者		
<input type="checkbox"/> 妊産婦		
<input type="checkbox"/> 傷病人		
返却した窓口 (該当するものに チェック)	<input type="checkbox"/> 交付窓口と同じ <input type="checkbox"/> 他市町 ( ) 市・町	
	<input type="checkbox"/> 栃木県 ( ) 健康福祉センター <input type="checkbox"/> 電子申請	
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
返却理由 (該当するものに チェック)	<input type="checkbox"/> 基準に該当しなくなったため。 <input type="checkbox"/> 利用証交付者が死亡したため。	
	<input type="checkbox"/> 有効期間が満了したため。 <input type="checkbox"/> 県外に転居のため。	
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	