

※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 <table border="1"> <tr> <td>視覚</td> <td><input type="checkbox"/> 1級</td> <td><input type="checkbox"/> 2級</td> <td><input type="checkbox"/> 3級</td> <td><input type="checkbox"/> 4級</td> </tr> <tr> <td>聴覚 平衡機能障害</td> <td><input type="checkbox"/> 3級</td> <td><input type="checkbox"/> 5級</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">肢体不自由</td> <td>上肢</td> <td><input type="checkbox"/> 1級</td> <td><input type="checkbox"/> 2級</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">下肢</td> <td><input type="checkbox"/> 1級</td> <td><input type="checkbox"/> 2級</td> <td><input type="checkbox"/> 3級</td> <td><input type="checkbox"/> 4級</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5級</td> <td><input type="checkbox"/> 6級</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>体幹</td> <td><input type="checkbox"/> 1級</td> <td><input type="checkbox"/> 2級</td> <td><input type="checkbox"/> 3級</td> <td><input type="checkbox"/> 5級</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">脳原性の運動機能障害</td> <td>上肢機能</td> <td><input type="checkbox"/> 1級</td> <td><input type="checkbox"/> 2級</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>移動機能</td> <td><input type="checkbox"/> 1級</td> <td><input type="checkbox"/> 2級</td> <td><input type="checkbox"/> 3級</td> <td><input type="checkbox"/> 4級</td> </tr> <tr> <td colspan="2">心臓機能障害</td> <td><input type="checkbox"/> 1級</td> <td><input type="checkbox"/> 3級</td> <td><input type="checkbox"/> 4級</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">じん臓機能障害</td> <td><input type="checkbox"/> 1級</td> <td><input type="checkbox"/> 3級</td> <td><input type="checkbox"/> 4級</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">呼吸器機能障害</td> <td><input type="checkbox"/> 1級</td> <td><input type="checkbox"/> 3級</td> <td><input type="checkbox"/> 4級</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">ぼうこう又は直腸機能障害</td> <td><input type="checkbox"/> 1級</td> <td><input type="checkbox"/> 3級</td> <td><input type="checkbox"/> 4級</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">小腸機能障害</td> <td><input type="checkbox"/> 1級</td> <td><input type="checkbox"/> 3級</td> <td><input type="checkbox"/> 4級</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">免疫機能障害</td> <td><input type="checkbox"/> 1級</td> <td><input type="checkbox"/> 2級</td> <td><input type="checkbox"/> 3級</td> <td><input type="checkbox"/> 4級</td> </tr> <tr> <td colspan="2">肝臓機能障害</td> <td><input type="checkbox"/> 1級</td> <td><input type="checkbox"/> 2級</td> <td><input type="checkbox"/> 3級</td> <td><input type="checkbox"/> 4級</td> </tr> </table>			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			体幹	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 5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	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
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																																																																																		
体幹	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 5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																																																																																
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"/> 栃木県 () 健康福祉センター	<input type="checkbox"/> 他市町 () 市・町																																																																																			
	<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"/> 有効期間が満了したため。	<input type="checkbox"/> 利用証交付者が死亡したため。																																																																																			
	<input type="checkbox"/> その他 ()																																																																																				