

※太枠内の項目についてご記入ください。

届出日 年 月 日

利用証 交付窓 口	〒 _____					
	住所					
	名称					
	電話番号 _____					
届出 人	〒 _____					
	(ふりがな)		利用証交付者との続柄			
	氏名		(_____)			
	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		
	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"/> 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"/> 要介護者	介護保険に係る 要介護状態区分	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3		
		<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5			
<input type="checkbox"/> 難病患者						
<input type="checkbox"/> 妊産婦						
<input type="checkbox"/> 傷病人						
交付を 受けた窓口 (該当するもの にチェック)	<input type="checkbox"/> 返却窓口と同じ		<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 (_____)					