

意見書

(愛知県公安委員会提出用)

1 氏名	男・女
生年月日	T. S. H 年 月 日 (歳)
住所	

2 歩行が困難であることにより社会での日常生活活動が著しく制限されると認める理由
(1) 身体障害者手帳記載の障害名が次に該当
<input type="checkbox"/> 視覚障害 4 級の 2
<input type="checkbox"/> 乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害 (移動) 3 級・4 級
<input type="checkbox"/> 心臓機能障害 4 級
<input type="checkbox"/> 呼吸器機能障害 4 級
<input type="checkbox"/> ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害 4 級
(2) その他 (級)
別紙記載のとおり

該当する項目をレ点でチェックしてください。
その他の場合は、交付基準以外の方で歩行困難と真に認めれる場合についてのみ障害名と等級を記載してください。歩行困難と認める理由は別紙に記載してください。

3 主たる屋外移動方法	該当する項目をレ点でチェックしてください
<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 要介添え <input type="checkbox"/> その他 ()	

上記のものは、	障害名と等級を記載してください
であるため、歩行が困難であることにより社会での日常生活活動が著しく制限されるものと認定します。	

注) 該当する項目をレ点でチェックしてください。

身体障害者福祉法第 15 条第 1 項による指定を受けた医師として以上の障害状況に相違ありません。

年 月 日

病院又は診療所等の名称

所 在 地

医師名

備考 用紙の大きさは、日本産業規格 A 4 とする。