

障 発 0331 第 18 号
平成 29 年 3 月 31 日

都道府県知事
各 指定都市市長 殿
中核市市長

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長
(公 印 省 略)

「身体障害者手帳に係る交付手続き及び医師の指定に関する取扱いについて」
の一部改正について

今般、「身体障害者手帳に係る交付手続き及び医師の指定に関する取扱いについて」（平成 21 年 12 月 24 日障発 1224 第 3 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）の第 1 の 1 の（2）で定める様式第 1 について、下記のとおり改正したので、その取扱いに遺漏なきようお願いいたします。

なお、改正前の様式についても、当分の間、使用することができるものとします。この場合においては、必要に応じて追記を行う等、適切に取り扱うようご留意の程お願いいたします。

本通知は、地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 245 条の 4 第 1 項の規定に基づく技術的助言（ガイドライン）として位置づけられるものです。

記

様式第 1 中、「総括表」について別紙のとおり改める。

様式第 1

身体障害者診断書・意見書（障害用）

総括表

氏 名	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生（ ）歳	男	女
住 所				
① 障害名（部位を明記）				
② 原因となった 疾病・外傷名				
交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 <u>自然災害</u> 、疾病、先天性、その他（ ）				
③ 疾病・外傷発生年月日 年 月 日・場 所				
④ 参考となる経過・現症（エックス線写真及び検査所見を含む。）				
障害固定又は障害確定（推定） 年 月 日				
⑤ 総合所見				
〔将来再認定 要・不要〕 〔再認定の時期 年 月〕				
⑥ その他参考となる合併症状				
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。				
年 月 日				
病院又は診療所の名称				
所 在 地				
診療担当科名 科 医師氏名 ㊞				
身体障害者福祉法第 15 条第 3 項の意見 〔障害程度等級についても参考意見を記入〕				
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に				
・該当する (級相当)				
・該当しない				
注意 1 障害名には現在起っている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。				
2 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、「歯科医師による診断書・意見書」（別様式）を添付してください。				
3 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分についてお問い合わせする場合があります。				

事務連絡
平成29年3月31日

各

都道府県
指定都市
中核市

 障害保健福祉主管課 御中

厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部企画課

身体障害者手帳の交付申請にかかる診断書・意見書様式
の見直しについて

平素より障害保健福祉行政の推進に御尽力いただき、厚く御礼申し上げます。

自然災害により被災され身体障害者となった方を把握することは、各行政分野において、被災者の個別の事情に応じた支援策の検討を行う上で、有意義と考えられます。

そのため、本日、「「身体障害者手帳に係る交付手続き及び医師の指定に関する取扱いについて」の一部改正について」（平成29年3月31日障発0331第18号 都道府県知事・指定都市市長・中核市市長宛 社会・援護局障害保健福祉部長通知）により、身体障害者手帳の申請に用いる診断書・意見書の様式について、原因欄の選択肢に「自然災害」を加える旨をお示しました。

これにより、身体障害者となった原因を把握するための方策として、身体障害者手帳の診断書の記録も活用することが可能となるよう、都道府県、指定都市及び中核市におかれましては、当該通知に基づき、必要な改正を行っていただくとともに、貴管内の医療機関及び指定医へのご周知をお願いいたします。

なお、当面の間、改正前の様式を使用することもできますが、その場合には、原因となった疾病・外傷が自然災害である申請者については、選択肢「その他（ ）」内にその旨記載されるよう併せてご周知をお願いいたします。

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 企画課人材養成・障害認定係 電話 03-5253-1111 (内 3029) FAX 03-3502-0892

様式第 1

身体障害者診断書・意見書（ 障害用）

総括表

氏 名	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生（ ）歳	男	女
住 所				
① 障害名（部位を明記）				
② 原因となった 疾病・外傷名				
交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 自然災害、疾病、先天性、その他（ ）				
③ 疾病・外傷発生年月日 年 月 日・場 所				
④ 参考となる経過・現症（エックス線写真及び検査所見を含む。）				
障害固定又は障害確定（推定） 年 月 日				
⑤ 総合所見				
[将来再認定 要・不要] [再認定の時期 年 月]				
⑥ その他参考となる合併症状				
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 年 月 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 診療担当科名 科 医師氏名 ㊞				
身体障害者福祉法第 15 条第 3 項の意見 [障害程度等級についても参考意見を記入] 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に ・該当する (級相当) ・該当しない				
注意 1 障害名には現在起っている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。 2 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、「歯科医師による診断書・意見書」（別様式）を添付してください。 3 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分についてお問い合わせする場合があります。				