

障 害 証 明 書

		整理番号		※ここには何も記入しない	
① 障害者の氏名・性別	フリガナ 氏名	トウキョウ ハナコ 東京 花子		② 生年月日	平成 7 年 3 月 3 日
障害の状況	③ 1	知的障害		A (重度) ・ B	
	④ 2	障害の種類	視覚・聴覚・平衡機能・音声・そしゃく・言語機能・肢体不自由 (上肢・下肢・体幹・運動機能)・心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう・直腸・小腸・ヒト免疫不全ウイルスによる免疫・肝臓機能		
		障害の程度	身体障害者福祉法施行規則別表による 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級		
	のそ障の害他	障 害 名	(主障害名) (その他の障害名)		
		障害の程度			
⑥ 就 労 の 有 無	有 (職種: 調理 (作業所)) ・ 無 平均月収額: 約 2 万円				
⑦ 日 常 生 活 に お け る 介 助 の 必 要 度	1 極めて介助の必要がある 2 かなり介助の必要がある。 3 ほとんど介助の必要がない。				
⑧ 特 記 事 項					
⑨ 療育手帳、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳所持の有無	療育手帳 (愛の手帳) (記号番号 1 2 3 4 5) 身体障害者手帳 (記号番号) ・ 無 精神障害者保健福祉手帳 (1 級・2 級) (記号番号)				
⑩ 障害基礎年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当、障害児福祉手当、福祉手当受給の有無	障害基礎 ← 特児 証書の記号番号 9 9 9 9 - 9 9 9 9 9 9 特障 ← 障児・福祉手当 認定通知交付番号: 9 9 9 9				
⑪ 児童相談所、知的障害者・身体障害者更生相談所の判定の有無	有 { 判定機関名 東京都心身障害者福祉センター 判定年月日 平成 20 年 3 月 1 日 } ・ 無				
⑫ 施設入所の有無	有 { 施設の種類: 障害者支援施設 } ・ 無				
⑬ 証明機関	上記のとおり証明します。 所在地 東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇 名称 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇長 〇〇〇〇				

令和〇〇年 〇月 〇日
 〇長之印 印

該当するものを○で囲んでください。

- ◆職種例：事務・技術・販売・サービス・軽作業等
◆平均月収額：概算で結構です。

• • • • • 《添付書類》 • • • • •

平均月収額が50万円を超える方は、心身障害者の年間所得が、4,621,000円以下であることを確認できる次の書類を添付してください。
(この額を超える方は、独立自活しているとみなし、この制度に加入できません。)

障害基礎年金の証書(※)、心身障害者の源泉徴収票、確定申告書又は課税証明書等の写し

※障害基礎年金を受給していることは、心身障害者の所得がこの額未満であるとみなします。

⑨～⑫欄

有か無のどちらかを○で囲んでください。
「有」の場合、その内容を記入してください。

..... **〈添付書類〉**

次の書類を提出してください。
※氏名、記号番号、発行者を確認できる頁
※⑨または⑩のうち、いずれか1つで結構です

◆⑨が「有」の場合 ⇒ 手帳(写)

◆⑩が「有」の場合 ⇒ 証書又は認定通知(写)

※証書の有効期限が切れている場合は、
現在支給されていることを確認できる
年金振込通知書(写)

◆⑨⑩いずれも「無」の場合

⇒ 医師の診断書（所定様式）原本
所定の様式があります。様式が必要な方は
ご連絡ください。

1 知的障害の場合
A又はBを○で囲んでください。
A：重度（愛の手帳1・2度）
B：重度以外（愛の手帳3・4度）

2 身体障害の場合
「障害の種類」と「障害の程度」について、該当する内容を○で囲んでください。

3 その他の障害の場合
精神又は身体に永続的な障害のある者で、その障害の程度が上記
1・2と同程度である方が対象です。

◆名称例：統合失調症、脳性まひ、進行性筋萎縮症、血友病、自閉症
◆程度例：精神障害者保健福祉手帳1・2級
脳性まひ等で手帳をお持ちでない場合は、症状の一例を記載してください。（加入の要件を満たしているかは、⑨～
⑫の添付書類や医師の診断書で判断します。）

現在は、就労して日常生活における介助がほとんど必要なくても、将来において独立自活することが困難である可能性があること等について特記事項があれば記入してください。

【例】雇用の安定性が低い、自活できるほど所得が低い、
障害の状況により継続的に就労できる見通しが低い等

精神障害者保健福祉手帳を所持している場合は、1級か2級どちらかを○で囲んでください。（3級は「無」に○を付けてください。）

⑩の質問で「有」の場合は、その年金又は手当の種類を○で囲み、その証書番号又は認定通知交付番号を記入してください。

この証明機関欄は、基本的には加入申込先（区市町村の障害福祉担当課）で処理しますので、空欄のまま提出してください。

左記添付書類（手帳等⑨～⑫記載事項確認できる書類）を必ず提出してください。

第12号様式 (第8条関係)

東京都心身障害者扶養共済制度		整理番号(都記入)	※ここには何も記入しない
		加入証書番号	

掛金減額申請書

令和 3 年 5 月 7 日

東京都知事 殿

住 所 東京都新宿区西新宿2-8-1
電 話 03-5320-4148
氏 名 東京 太郎

東京都心身障害者扶養共済制度条例第10条の規定に基づき、掛金の減額を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

心身障害者氏名	東京 花子
---------	-------

申 請 理 由	1 生活保護法第6条第1項に規定する被保護者である。 ② 特別区民税又は市町村民税を課せられていない又は免除されている。 3 その他 []
------------------	---

添付書類

- 生活保護を受けていることの証明書又は特別区民税若しくは市町村民税の非課税証明書
- その他知事が必要と認める書類

新規加入者は記入不要

◆該当する掛金減額事由の番号を○で囲んでください。

◆「3 その他」とは、特別な災害にあった場合で特に知事が認めた場合のみです。

該当する掛金減額事由に応じた書類を、必ず添付してください。※最新のもの

- 加入申込者の生活保護受給証明書
- 加入申込者の特別区民税・市町村民税(非)課税証明書

第42号様式(第19条関係)

東京都心身障害者扶養共済制度

加入証書番号

年金証書番号

※年金証書番号は年金受給中の場合のみ記入

新規加入者は記入不要

年金管理者指定届書

令和3年5月7日

東京都知事 殿

住 所 東京都新宿区西新宿2-8-1
氏 名 東京 太郎東京都心身障害者扶養共済制度条例 第12条第1項
第12条第2項 の規定に基づき、年金管
理者を指定したので、関係書類を添えて届け出ます。

年金 管 理 者	フリガナ	トウキョウ イチロウ	性 別	生 年 月 日	心身障害者との続柄
	氏 名	東京 一郎	男・女	平成4年8月8日	兄
	フリガナ	□□ケ□□シ□□ヲ□□ー□□ □□マンシヨ□□			電 話
	住 所	〒□□□-□□□□ □□県□□市□□町□□ー□□ □□マンション□室			□□□□-□□-□□□□

加入者が記入してください。

◆年金管理者とは…

心身障害者が年金を受領し管理することが困難である場合に、心身障害者に代わって年金を受領し管理する人をいいます。

※年金は加入者が亡くなった後に給付されるので、この『年金管理者』に、加入申込者になることはできません。

※年金管理者は、必要があれば、加入後にいつでも指定・変更することができます。

(年金管理者記入欄)

私は次の事項を誓約の上、東京都心身障害者扶養共済制度条例第12条第1項に規定する年金管理者となることに同意します。

- 1 この年金の権利は次の心身障害者が有するものであることを認め、心身障害者のために管理し、使用すること。
- 2 知事が心身障害者の保護のために必要があると認めるときは、年金管理者を他の者に変更されても異存のないこと。

令和3年5月7日

(年金管理者) 氏 名 東京 一郎



(心身障害者) 住 所 東京都〇〇区〇〇町〇-〇-〇 障害者支援施設〇〇

氏 名 東京 花子

年金管理者の氏名・押印
認印で構いません。

年金管理者が記入してください。

必ず添付してください。

添付書類

- 1 年金管理者の住民票
- 2 年金管理者と心身障害者との関係を証明する書類