**医師意見書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 五島市障害者交通費助成券交付申請用  医師意見書を必要とする対象者：身体障害のある方（心臓、腎臓、呼吸器障害が１級の方  下肢、体幹、移動機能障害が１級、２級又は３級の方） | | | | | |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日生 | | 歳 |
| 住　　所 | 五島市 | | 電話番号 |  | |
| 障害の区分等級別  （該当する項目に☑を付けて下さい） | □心臓機能障害（１級）  □腎臓機能障害（１級）  □呼吸器機能障害（１級）  □下肢障害（１級・２級・３級）  □体幹障害（１級・２級・３級）  □移動機能障害（１級・２級・３級） | | | | |
| **診　断　項　目**　（医師による記入）  （該当する項目に☑を付けてください。） | | | | | |
| 身体の状況 | 屋外での移動能力  □移動において介助を必要としない  □移動において部分的に介助を必要とする  □移動において全面的に介助を必要とする　※下記の欄（特記事項）をご記入下さい | | | | |
| ※特記事項  （その他） | 全面的に介助を必要とする場合  　将来再認定　　□ 有　　　　　□　無  　　　　　　（再認定の時期　　　　　年　　月）  その他 | | | | |
| 上記のとおり、意見を述べます。  　　　　　令和　　　年　　　月　　　日  医療機関名  医　師　名 | | | | | |

**≪五島市障害者交通費助成事業内容≫**

○**目的**

障害者が交通機関を利用する場合において、当該利用に係る料金の一部を助成することにより、障害者の自立更生を助長し、もって福祉の増進を図ることを目的とする。

○**対象者**

①　身体障害者手帳所持者

・心臓・じん臓・呼吸器機能障害の項が１級、下肢・体幹・移動機能の項が１級、２級、３級のいずれかの方で車椅子を常用している方又は移動に全面的に介助が必要な方

・視覚障害の１級

②　療育手帳または精神障害者保健福祉手帳所持者

③　赤島地区、黄島地区、椛島地区、久賀島地区、黒島地区

嵯峨島地区、奈留島地区、前島地区に居住する障害者手帳保持者

○**交付申請に必要なもの**

１　障害者交通費助成券交付申請書

２　車椅子を常用していることを証する書類又は屋外での移動において全面的に介助を必要とすることを証する医師の意見書（身体障害者手帳所持者に限る）

３　身体障害者手帳、療育手帳、または精神障害者保健福祉手帳

４　印鑑