

障害情報登録シート【1枚目・表面】

受付年月日 令和 年 月 日

「求職申込書」の①基本情報欄で「障害あり」にチェックした場合、本シートにより障害の情報を登録ください。

フリガナ		性別	大正	昭和	年	月	日
氏名			平成				

① 障害の種類等	障害の種類等	<p>(1) <input type="checkbox"/> 身体 (2) <input type="checkbox"/> 知的 (3) <input type="checkbox"/> 精神 (4) <input type="checkbox"/> 発達 (5) <input type="checkbox"/> 難病 (6) <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 (7) <input type="checkbox"/> その他</p> <p>※一つ以上選択してください。 ※「(1)身体障害」にチェックした場合、「(1)身体障害の種類等の詳細」を選択してください。 ※「(3)精神障害」にチェックした場合、「(3)精神障害の種類等の詳細」を選択してください。 ※「(4)発達障害」にチェックした場合、「(4)発達障害の種類等の詳細」を選択してください。 ※「(5)難病」にチェックした場合、「(5)難病の種類等の詳細」を選択してください。 ※「(7)その他」にチェックした場合、「(7)その他の障害の種類等」を記入してください。</p>
	(1)身体障害の種類等の詳細	<p><input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 平衡 <input type="checkbox"/> 音声言語 <input type="checkbox"/> 上肢切断 <input type="checkbox"/> 上肢機能 <input type="checkbox"/> 下肢切断 <input type="checkbox"/> 下肢機能 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 脳病変上肢機能 <input type="checkbox"/> 脳病変移動機能 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> ぼうこう直腸等 <input type="checkbox"/> 免疫機能 <input type="checkbox"/> 肝機能 <input type="checkbox"/> その他の身体障害</p> <p>具体的な身体障害の種類等</p> <p>※「その他の身体障害」にチェックした場合、具体的な身体障害の種類等を記入してください(14文字以内)。</p>
	(3)精神障害の種類等の詳細	<p><input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> そううつ病(そう病、うつ病を含む) <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他の精神障害</p> <p>具体的な精神障害の種類等</p> <p>※「その他の精神障害」にチェックした場合、具体的な精神障害の種類等を記入ください(14文字以内)。</p>
	(4)発達障害の種類等の詳細	<p><input type="checkbox"/> 自閉症スペクトラム・広汎性発達障害 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> アスペルガー症候群 <input type="checkbox"/> 学習障害 <input type="checkbox"/> 注意欠陥多動性障害 <input type="checkbox"/> その他の発達障害</p> <p>具体的な発達障害の種類等</p> <p>※「その他の発達障害」にチェックした場合、具体的な発達障害の種類等を記入してください(14文字以内)。</p>
	(5)難病の種類等の詳細	<p><input type="checkbox"/> 全身性エリテマトーデス <input type="checkbox"/> 潰瘍性大腸炎 <input type="checkbox"/> クロウン病 <input type="checkbox"/> その他の難病</p> <p>具体的な難病の種類等</p> <p>※「その他の難病」にチェックした場合、具体的な難病の種類等を記入ください(14文字以内)。</p>
	(7)その他の障害の種類等	<p>※具体的な障害の種類等を記入してください(14文字以内)。</p>
求人者に対して公開を希望する障害の種類等	<p>「求職申込書」の②求職情報公開で「求職情報を公開する」にチェックした場合、どの障害があることを求人者に対して公開するか、選択してください。チェックした障害の種類の詳細が求人者に公開されます。</p> <p><input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 発達 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> その他</p>	

障害情報登録シート【1枚目・裏面】

② 障害に関する確認書類

障害に関する
確認書類

○お持ちの確認書類をチェックしてください。

- (1) 身体障害者手帳 (2) 療育手帳 (3) 判定書 (4) 精神障害者保健福祉手帳
 (5) 医療受給者証 (6) 障害福祉サービス受給者証 (7) 医師の診断書等 (8) その他の確認書類

※「療育手帳」は発行自治体によって名称が異なります(例えば、東京都は「愛の手帳」)。
 ※「判定書」は、児童相談所、知的障害者更生相談所、精神保健福祉センター、精神保健指定医又は地域障害者職業センターのいずれかの機関が発行した、知的障害がある旨の判定書です。
 ※「医療受給者証」は、難病医療費助成制度の医療受給者証です。
 ※「医師の診断書等」は、医師が発行した、障害がある旨の診断書・意見書等です。
 ※「その他の確認書類」は、(1)～(7)のほかに障害があることを確認できる書類です。

(1) 身体障害者手帳	手帳発行自治体(16文字以内)		
	手帳交付年月日		障害等級
	昭和・平成・令和 年 月 日		1級・2級・3級・4級・5級・6級・7級
(2) 療育手帳	手帳発行自治体(16文字以内)		
	手帳交付年月日	障害の程度	障害等級(4文字以内)
	昭和・平成・令和 年 月 日	重度・その他	
(3) 判定書	判定書発行機関(16文字以内)		
	判定書交付年月日	判定結果	
	昭和・平成・令和 年 月 日	重度・その他	
(4) 精神障害者 保健福祉手帳	手帳発行自治体(16文字以内)		障害等級
			1級・2級・3級
	手帳交付年月日	有効期限年月日	
	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日	
(5) 医療受給者証	医療受給者証交付年月日		
	平成・令和 年 月 日		
(6) 障害福祉サービ ス受給者証	障害福祉サービス受給者証交付年月日		
	平成・令和 年 月 日		
(7) 医師の診断書等	診断書交付年月日		
	昭和・平成・令和 年 月 日		
	診断名(60文字以内)		
(8) その他の 確認書類			
	※具体的な確認書類を記入してください(600文字以内)。		

障害情報登録シート【2枚目・表面】

受付年月日 令和 年 月 日

フリガナ			大正			
氏名		性別	生年月日	昭和	年	月 日
				平成		

③ 職業評価	職業評価実施機関名(16文字以内)	
	職業評価交付年月日	
	昭和・平成・令和 年 月 日	
※地域障害者職業センター等で職業評価を受けたことがある場合は、実施機関名・交付年月日を記入してください。		

④ 補助具等	補助具等を使用している場合は、補助具の種類や使用状況等を記入してください(600文字以内)。
	補助具等の使用状況

⑤ 就労上の配慮	仕事をする際に職場から配慮してほしい事項がある場合は、その内容を記入してください(600文字以内)。
	就労上の配慮が必要な事項

障害情報登録シート【2枚目・裏面】

⑥ 就労支援機関	利用している 就労支援機関	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
		<input type="checkbox"/> 障害者就業・生活支援センター <input type="checkbox"/> 就労移行支援事業所	<input type="checkbox"/> 障害者職業センター <input type="checkbox"/> その他の就労支援機関
		施設名(16文字以内) { }	
		<input type="checkbox"/> 障害者就業・生活支援センター <input type="checkbox"/> 障害者職業センター <input type="checkbox"/> 就労移行支援事業所 <input type="checkbox"/> その他の就労支援機関	
		施設名(16文字以内) { }	
		<input type="checkbox"/> 障害者就業・生活支援センター <input type="checkbox"/> 障害者職業センター <input type="checkbox"/> 就労移行支援事業所 <input type="checkbox"/> その他の就労支援機関	
		施設名(16文字以内) { }	
		※利用している就労支援機関がある場合は、その種類をチェックし、施設名を記入してください。	

⑦ 医療機関	利用している 医療機関	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		利用している医療機関がある場合は、医療機関名を記入してください(16文字以内)。 { }

⑧ 障害年金	障害年金	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中	{ 月額 約 万円 }
		※障害年金の受給の有無をチェックしてください。受給している場合は月額を記入してください。	

⑨ その他の支給	その他の支給	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中
		その他の支給 { }
		※障害年金以外の給付(地方自治体からの手当等)の受給の有無をチェックしてください。 受給している場合は給付の種類、内容、金額等を記入してください(600文字以内)。

個人番号																				
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※ 個人番号を登録することで、ハローワーク窓口での身体障害者手帳及び精神障害者保健福祉手帳の提示に代えることができます。
 なお、ハローワークにおける個人番号の利用は、障害者の雇用の促進等に関する法律第11条の職業指導等の実施に関する事務に限られます(行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律別表第一及び行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律別表第一の主務省令で定める事務を定める命令第27条)。