（通常の学級在籍者対象）

障害の状態に関する申告書

尾道市教育委員会　様

対象児童生徒名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1．所持する手帳等について＜該当する項目の□にチェックを入れ、（ ）内を記入してください。＞

□身体障害者手帳　　手帳の判定　（　　）　　手帳番号　（　　）
　　交付日　　（　　）　　発行者　　（　　）
□療育手帳　　手帳の判定　（　　）　　手帳番号　（　　）
　　交付日　　（　　）　　発行者　　（　　）
□手帳なし　　＜診断書または心理検査結果報告書（コピー）等の添付が必要です。＞
　（ ）内に診断名（または診断内容）・医療機関等名・診断日を記入してください。
　診断名等（　　）医療機関等名（　　）診断日（　　）
　※知的障害、身体障害、視覚障害、聴覚障害を示す診断名・診断内容であること。

2．障害の状態について＜該当する項目の□にチェックを入れ、（ ）内を記入してください。＞

□視覚障害
⑴視力　　右（　　）（矯正：　　）　左（　　）（矯正：　　）
⑵視野障害　　□あり（程度：　　）　□なし
⑶光覚障害　　□あり（程度：　　）　□なし
⑷視覚補助具等を使用して通常の教科書の文字等を認識できるか。
　　□できる　　□かなりむずかしい　　□できない

□聴覚障害
⑴聴力（平均聴力レベル）　右（　　dB）　左（　　dB）
⑵補聴器等の使用状況　　□補聴器使用（右・左・両耳）　□人工内耳使用　□使用なし
⑶補聴器や人工内耳を使用して通常の話し声が理解できるか。
　　□できる　　□かなりむずかしい　　□できない

□肢体不自由
⑴移動（歩行）　　□ひとりでできる　□介助・補助具があればできる　□できない
⑵階段の昇降　　□ひとりでできる　□介助・補助具があればできる　□できない
⑶衣服の着脱　　□ひとりでできる　□介助・補助具があればできる　□できない
⑷食事（通常食）　□ひとりでできる　□介助・補助具があればできる　□できない
⑸排泄　　□ひとりでできる　□介助・補助具があればできる　□できない

※診断書や意見書の写し等、具体的に障害の程度がわかるものがあれば添付してください。

3．病弱等の状態について＜病気等により、医師の診断に基づく制限がある場合はお答えください。＞

病名等　　（　　）
学習時間の制限　　□あり（1日　　時間程度）　□なし
運動の制限　　□あり（具体的に：　　）　□なし
食事の制限　　□あり（具体的に：　　）　□なし
その他特記事項　　（　　）

※診断書や意見書の写し等、病状の程度がわかるものがあれば添付してください。

上記のとおり申告します。身体障害者手帳等の交付状況や、その他申告内容については各関係機関への調査・確認が行われることを承諾します。また、申請内容の虚偽等により認定が取り消された場合は、認定当初に遡って就学奨励費を返還いたします。

令和　　年　　月　　日

申請者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（学校記入欄）
上記のとおり申告がありました。内容等確認しましたので報告します。

令和　　年　　月　　日

尾道市立　　学校長

※なお、この申告書に記載された情報は特別支援教育就学奨励費の認定審査以外の目的には使用しません。