

知的障害者支援具給付証明書

住所	品川区		
氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
所持手帳の種類	愛の手帳 療育手帳	等級	級
知的障害者支援具 の 要否・名称	要否	要 ・ 否	
	名称		機能
上記、知的障害者 支援具の具体的な 必要性			
備考			
上記のとおり証明します。 <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">年 月 日</div> 医療・保健・福祉・教育機関名 医師または専門職氏名			

上記専門職は、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・心理士・教職員などです。

知的障害者支援具給付証明書

記入例

住所	品川区		
氏名	品川 太郎	生年月日	201X年 9月 3日 (Y歳)
所持手帳の種類	<input checked="" type="radio"/> 愛の手帳 療育手帳	等級	3 級
知的障害者支援具 の 要否・名称	要否	<input checked="" type="radio"/> 要 ・ 否	
	名称	機能	
	絵カード	支援者と本人のコミュニケーションを 絵カードを介して行うことが可能になる	
上記、知的障害者 支援具の具体的な 必要性	支援者と本人のコミュニケーションにおいて、身振りや言葉では意図を伝えにくい 場面が課題となっている。絵カードを用いることで、本人による気持ちの表現や支 援者からの指示などを絵で表現できるようになり、コミュニケーションの齟齬を大 きく減らすことができる。本人の不安を減らす上でも非常に有用である。		
備考			
上記のとおり証明します。			
2026年 4月 6日			
医療・保健・福祉・教育機関名		○○○○○	
医師または専門職氏名		○○○○○	

上記専門職は、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・心理士・教職員などです。