

# 障害情報登録シートの書き方

- ◆障害のある方は「求職申込書」に加えて「障害情報登録シート」も記入ください。
- ◆あなたの障害特性に応じてきめ細かに支援します。

**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	アシタ ユウキ	大正
氏名	明日 勇氣	昭和 55年 3月 1日
性別	女	令和

障害の種類等

(1)  身体 (2)  知的 (3)  精神 (4)  発達 (5)  難病 (6)  高次脳機能障害 (7)  その他

※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。

(1) 身体障害の種類等の詳細

視覚  聴覚  平衡  音声言語  上肢切断  上肢機能  
 下肢切断  下肢機能  体幹  脳病変上肢機能  脳病変移動機能  
 心臓  腎臓  呼吸器  ぼうこう直腸等  免疫機能  肝機能  
 その他の身体障害  
 具体的な身体障害の種類等

※「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)。

(3) 精神障害の種類等の詳細

統合失調症  そうつ病(そうつ病、うつ病を含む)  てんかん  
 その他の精神障害  
 具体的な精神障害の種類等

※「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)。

(4) 発達障害の種類等の詳細

自閉症スペクトラム・広汎性発達障害  自閉症  アスペルガー症候群  
 学習障害  注意欠陥多動性障害  
 その他の発達障害  
 具体的な発達障害の種類等

※「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)。

(5) 難病の種類等の詳細

全身性エリテマトーデス  潰瘍性大腸炎  クロウン病  
 その他の難病  
 具体的な難病の種類等

※「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)。

(7) その他の障害の種類等

※具体的な障害の種類等を記入してください(14文字以内)。

求人者に対して公開を希望する障害の種類等

「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。

身体  知的  精神  発達  難病  高次脳機能障害  その他

**「障害の種類等」**  
 該当する「障害の種類等」をチェックしてください(複数回答可)。

**「身体障害の種類等の詳細」**  
 「障害の種類等」欄で「身体」にチェックした場合は、具体的な部位をチェックしてください。また、「その他の身体障害」をチェックした場合は、その具体的な種類等を記入ください。

**「精神障害の種類等の詳細」**  
 「障害の種類等」欄で「精神」にチェックした場合は、具体的な病名をチェックしてください。また、「その他の精神障害」をチェックした場合は、具体的な種類等を記入ください。

**「発達障害の種類等の詳細」**  
 「障害の種類等」欄で「発達」にチェックした場合は、具体的な診断名をチェックしてください。また、「その他の発達障害」にチェックした場合は、具体的な種類等を記入してください。

**「難病の種類等の詳細」**  
 「障害の種類等」欄で「難病」にチェックした場合は、具体的な病名をチェックしてください。また、「その他の難病」にチェックした場合は、具体的な種類等を記入してください。

**「その他の障害の種類等」**  
 「障害の種類等」欄で「その他」にチェックした場合は、具体的な障害の種類等を記入してください。

**「求人者に対して公開を希望する障害の種類等」**  
 ハローワークに求人を申し込んでいる企業に対し、登録した求職情報(氏名・住所・連絡先などの個人が特定できる情報を除く)を公開することができます。詳細は「求職申込書の書き方」をご覧ください。  
 「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、あなたに障害があることが求人者に公開されます。さらに具体的な障害の種類等を公開したい場合は、この欄に、公開したい障害の種類等をチェックしてください。

### 「身体障害者手帳」

身体障害者手帳をお持ちの方は、手帳の交付年月日、手帳の発行元の地方自治体（都道府県又は市区町村）及び障害等級を入力してください。

### 「療育手帳」

療育手帳（※）をお持ちの方は、手帳の交付年月日、手帳の発行元の地方自治体（都道府県又は市区町村）、障害の程度及び障害等級を記入してください。 ※自治体によって別の名称を用いる場合があります（例：東京都においては「愛の手帳」）。

### 「判定書」

判定書（※）をお持ちの方は、判定書の交付年月日、判定書の発行元の機関名及び判定結果を記入してください。 ※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による判定書。

### 「精神障害者保健福祉手帳」

精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方は、手帳の交付年月日、有効期限年月日、手帳の発行元の地方自治体（都道府県又は市区町村）及び障害等級を記入してください。

### 「医療受給者証」

難病医療費受給制度の医療受給者証（※）をお持ちの方は、交付年月日を記入してください。 ※難病の患者に対する医療等に関する法律に基づき都道府県知事が交付する医療受給者証。

### 「障害福祉サービス受給者証」

障害福祉サービス受給者証（※）をお持ちの方は、交付年月日を記入してください。 ※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービスの受給者証。

### 「障害に関する確認書類」

あなたが持ちの確認書類にチェックしてください（複数回答可）。また、その確認書類又はその写しを窓口で提示ください。

### 障害情報登録シート【1枚目・裏面】

○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。

② 障害に関する確認書類

(1) 身体障害者手帳  
 手帳発行自治体(16文字以内) 東京都  
 手帳交付年月日 昭和・平成・令和 30年 4月 1日  
 障害等級 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 昭和・平成・令和 年 月 日  
 障害の程度 重度・その他  
 障害等級(4文字以内)

(3) 判定書  
 判定書発行機関(16文字以内)  
 判定書交付年月日 昭和・平成・令和 年 月 日  
 判定結果 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) 東京都  
 手帳交付年月日 平成・令和 2年 1月 10日  
 有効期限年月日 平成・令和 4年 1月 9日  
 障害等級 1級・2級・3級

(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 30年 6月 1日

(7) 医師の診断書等  
 診断書交付年月日 昭和・平成・令和 1年 11月 1日  
 診断名(60文字以内) そううつ病

(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)。

### 「医師の診断書等」

医師の診断書・意見書等をお持ちの方は、交付年月日及び診断名を記入してください。

### 「その他の確認書類」

その他の障害を確認する書類をお持ちの方は、書類の種類や診断名等の詳細を記入してください。

### 「職業評価」

地域障害者職業センター等において職業評価を受けたことがある方は、職業評価の実施機関及び交付年月日を記入してください。

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	アシタ ヨウキ	性別	女	大正	昭和	55	年	3	月	1	日
氏名	明日 勇氣			平成							
③ 職業評価	職業評価実施機関名(16文字以内)	東京障害者職業センター									
	職業評価交付年月日	昭和(平成)令和 30年 7月 1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)。	(記入例) 車いすを常時使用しています。そのため、通行には90cm以上の幅が必要です。また、2cmを超える段差があると通行が困難です。									
	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)。	(記入例) 月2回の通院が必要であるため、通院日に休暇を認めていただくと助かります。 現在、就労移行支援事業所を利用しているので、採用後も支援員の職場訪問による定着支援を認めていただくと助かります。									
	就労上の配慮が必要な事項										

### 「補助具等の使用状況等」

補助具等を使用している方は、補助具等の種類や使用状況等について記入してください。

(記入例)

- ・ 右下肢に下腿義足を使用しています。事業所内での通常の歩行は支障ありません。
- ・ 心臓ペースメーカーを使用しています。そのため、高エネルギーの電磁波を発生する電磁調理器、医療用機器及び工業用機器に近づくことができません。
- ・ 歩行する際に白杖を使用します。リハビリテーション施設にて白杖を使つての歩行訓練を受けましたので、支援者とともに数回程度、通勤経路の確認を行えば、その後は単独で通勤可能です。

### 「就労上の配慮が必要な事項」

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。

なお、求人に応募する際は、改めて事業主に伝える必要があります。

(記入例)

- ・ 複数の業務を同時に行うことが苦手なので、作業は一つずつ順番に指示していただくと助かります。
- ・ パソコン操作に当たってスクリーンリーダー（画面読み上げソフト）及び点字ディスプレイをご用意いただけると事務作業に従事することが可能です。

### 【雇用の分野における合理的配慮の提供義務について】

障害者の雇用の促進等に関する法律により、事業主は障害者に対する合理的配慮の提供が義務付けられています。合理的配慮とは、

- ・ 募集及び採用時においては、障害者と障害者でない人との均等な機会を確保するための措置
  - ・ 採用後においては、障害者と障害者でない人の均等な待遇の確保または障害者の能力の有効な発揮の支障となっている事情を改善するための措置
- のことをいいます。

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、応募の際に事業主に相談してみましよう。

## 障害情報登録シート【2枚目・裏面】

### 「利用している就労支援機関」

就労移行支援事業所や障害者就業・生活支援センター等の就労支援機関の利用の有無を記入してください。

利用している場合は、就労支援機関の種類及び施設名を記入してください。  
(3つまで入力できます。)

⑥ 就労支援機関

利用している  
就労支援機関

あり  なし

障害者就業・生活支援センター  障害者職業センター  
 就労移行支援事業所  その他の就労支援機関

施設名(16文字以内)

障害者就業・生活支援センター ○○

障害者就業・生活支援センター  障害者職業センター  
 就労移行支援事業所  その他の就労支援機関

施設名(16文字以内)

東京障害者職業センター

障害者就業・生活支援センター  障害者職業センター  
 就労移行支援事業所  その他の就労支援機関

施設名(16文字以内)

就労移行支援事業所 ○○

※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。

### 「利用している医療機関」

医療機関の利用の有無を記入してください。

利用している場合は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

あり  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)。

○○精神科クリニック

### 「障害年金」

障害年金の受給の有無を記入してください。

受給している場合は受給額(月額)を記入してください。

⑧ 障害年金

障害年金

あり  なし  申請中

月額 約 7 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。

### 「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)の受給の有無を記入してください。

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。

⑨ その他の支給

その他の支給

あり  なし  申請中

その他の支給

心身障害者福祉手当(月額○○円)

※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)。

### 「個人番号」

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て、個人番号を登録することにより、あなたの障害を確認することが可能です。ただし、療育手帳は個人番号による情報連携の対象となっていないため、個人番号の登録によって療育手帳の提示に代えることはできません。