様式第１１号－２

障　害　診　断　書

（交通災害共済見舞金請求用）

<table>
<tr><td rowspan="2">傷　病　者</td><td>住 所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>氏 名</td><td colspan="3">大・昭・平・令　　年　　月　　日生</td></tr>
<tr><td>受傷年月日</td><td>令和　　年　　月　　日</td><td>受傷の原因</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>傷病名及び障害の内容</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>交通事故との関連等</td><td colspan="4">（障害と受傷原因となった交通事故との因果関係の有無・程度その他参考所見）</td></tr>
<tr><td colspan="2">症状固定又は障害確定年月日</td><td colspan="3">令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>障害の程度</td><td colspan="2">身体障害者福祉法施行規則別表第５号の身体障害者障害程度等級表に掲げる障害等級の
（右のア、イのいずれかを〇で囲んでください）</td><td colspan="2">ア　１級に該当する
イ　２級に該当する</td></tr>
</table>

上記のとおり診断いたします。

令和　　年　　月　　日

医療機関の
- 所在地
- 名　称
- 医師名　　㊞

備考　身体障害見舞金は、当該交通事故を直接の原因として身体障害者福祉法施行規則別表第５号の身体障害者障害程度等級表に掲げる１級又は２級の障害を残すこととなった場合に支給されます。

（埼玉県市町村総合事務組合）