

在宅重度障害者対策事業受給資格申請書

年 月 日

須賀川市長

住 所 須賀川市

申請者 氏 名

T E L

受 給 者	氏 名	生年月日		年 月 日		
	住 所	須賀川市			性 別	男・女
	障害程度			身障手帳交付年月日	年 月 日	
	障害名			造設年月日 (衛生材料対象者)	年 月 日	
保 護 者	氏 名	職業			続柄	
	住 所	須賀川市				
現 在 の 症 状	1 障害の有無 ①知覚障害-----有・無 ②膀胱・直腸麻痺-----有・無 ③運動麻痺-----有・無			2 症状 ①褥瘡-----有・無 ②尿路感染症-----有・無 ③膀胱炎-----有・無 ④排泄障害-----有・無		
	入院期間 月 日～ 月 日			3 内部障害 ①人工肛門-----有・無 ②人口膀胱-----有・無		
	入院先					
	備考					
	(注) これ以下は記載しないでください。					
(問い合わせ) 本件、上記申請のとおり認定してよろしいでしょうか。						
受給資格審査結果		該当・非該当	理由	1 の 2 の 3 の	するため。 に該当 しないため。	
決 裁	課 長	主 幹	課長補佐	係 長	係 員	