

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 入 院 先 _____				3 内部障害 ①人工肛門-----有 ・ 無 ②人口膀胱-----有 ・ 無				
備考									
(注) これ以下は記載しないでください。									
(伺い) 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 するため。 2 の に該当 3 の しないため。				
決裁	課 長	主 幹	課長補佐	係 長	係 員				