

在宅重度障害者対策事業受給者証交付申請書

平成 年 月 日

須賀川市長様

住所

申請者氏名

印

TEL

受給者	氏名			生年月日	年 月 日		
	住所					性別	男・女
	障害名			身障手帳交付年月日	年 月 日		
	障害程度			障害発生年月日	年 月 日		
保護者	氏名			職業	続柄		
	住所						
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褥創-----有・無 ②尿路感染症-----有・無 ③膀胱炎-----有・無 ④排泄障害-----有・無 3 内部障害 ①人工肛門-----有・無 ②人工膀胱-----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	課長補佐	係長	係員			