

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

TEL

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			2 症状		
	①知覚障害-----有 ・ 無 ②膀胱・直腸麻痺-----有 ・ 無 ③運動麻痺-----有 ・ 無			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		
状	入院期間	月 日	～	月 日	3 内部障害	
	入院先				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	主 幹	課長補佐	係 長	係 員	