

在宅重度障害者対策事業受給者証交付申請書

年 月 日

中島村長 様

住所
申請者
氏名 印

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褥瘡……………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。							
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	係長					起案者