



在宅重度障害者対策事業受給者証交付申請書

年 月 日

会津坂下町長 殿

申請者 住所  
氏名 ㊟

受給者	ふりがな氏名		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		傷病発生 年月日	年 月 日		
保護者	ふりがな氏名		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 ⑤ その他 .....有・無 3 内部障害 ① 人工肛門 .....有・無 ② 人工膀胱 .....有・無			
備考						
受給資格 審査結果	該 当・非 該 当		理 由	1の するため に該当 2の しないため		