第１号様式（第１条関係）

収受印

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

申請者　住　所

氏　名　　㊞

<table>
<tr><td rowspan="5">受給者</td><td>ふりがな
氏　名</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="3"></td><td>性　別</td><td>男・女</td></tr>
<tr><td>障害名</td><td colspan="2"></td><td>身障手帳
交付年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>障害程度</td><td colspan="2"></td><td>傷病発生
年　月　日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">保護者</td><td>ふりがな
氏　名</td><td colspan="2"></td><td>職　業</td><td></td><td>続　柄</td><td></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>現在の症状</td><td colspan="3">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</td><td colspan="4">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</td></tr>
<tr><td colspan="7">備　考</td></tr>
<tr><td>受給資格
審査結果</td><td colspan="2">該　当・非　該　当</td><td>理　由</td><td colspan="3">１の　　するため
２の　　に該当
しないため</td></tr>
</table>