様式第１号（第４条関係）

在宅重度障がい者対策事業受給者証交付申請書

　年　　月　　日

　　会津美里町長

住所

申請者

氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者 | ふりがな氏名 | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日　 |
| 個人番号 |  |
| 住所 | 　 | 性別 | 男・女 |
| 障害名 | 　 | 身障手帳交付月日 | 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 | 　 |
| 個人番号 |  |
| 住所 | 　 |
| 現在の症状 | １　障がいの有無　①　知覚障がい…………………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 |
| 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 | 理 由 | １の　　　　　　　　　に該当するため２の　　　　　　　　　に該当するため |
| 非該当 | 　 |