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 | |  | | | | | | |