

在宅重度障害者対策事業受給者証交付申請書

年 月 日

相馬市長

住 所

申請者

氏 名

電 話

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		障害発生年月日	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 ④人工肛門 有・無 ⑤人工膀胱 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						
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		
(注) これ以下は記入しないでください。						
決 裁	課 長	主 幹	係 長	係	員	起案者