

第1号様式（第1条関係）

在宅重度障害者対策事業受給資格申請書

年 月 日

郡山市長

〒

住所 郡山市

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	郡山市			
保護者	障害名 障害程度	級	身障手帳 交付月日	年 月 日	
	ふりがな氏名				
現在の症状	治療材料		衛生材料		
	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		1 人工肛門・・・有 無 2 人工膀胱・・・有 無		
受給資格 審査結果	治療材料	該当・非該当	理由	1の	
	衛生材料	該当・非該当	理由	2の に該当するから	

備考 申請者氏名は、自署又は記名押印してください。