

(在宅重度障害者対策事業受給資格申請書用)

証 明 書	
氏 名	男・女 明治・大正 年 月 日生 昭和・平成・令和
住 所	
障 害 名	下 肢 障 害 ・ 体 幹 障 害
障 害 程 度	自立歩行不能 ・ 自立歩行困難 ・ 自立歩行可能
障害の原因となつた傷病名	
傷病発生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
※ 神 経 学 的 所 見	1. 知覚障害 ----- あ り ・ な し 2. 膀胱・直腸麻痺 ----- あ り ・ な し 3. 運動麻痺 ----- あ り ・ な し (種類：弛緩性・痙性・固縮性・不随意運動性・しんせん性・失調性・その他)
※ 現 在 の 症 状 ・ あ り	1. 褥瘡 ----- あ り ・ な し 2. 尿路感染症 ----- あ り ・ な し 3. 膀胱炎 ----- あ り ・ な し 4. 排泄障害 ----- あ り ・ な し 5. その他 ()
な し	上記の 予防 を目的とした ----- 必要である ・ 必要でない 日常生活における医療的処置
治療材料の使用状況	使用している ・ 使用していない
現 在 の 状 況	在 宅 ・ 入 院 中 ・ 施設入所中
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療機関名 所在地 医師氏名 ㊟	