様式第１号（第４条関係）

在宅重度障がい者医療器材等受給者証交付申請書

年　　　月　　　日

　伊達市長

申請者　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　印

　在宅重度障がい者に対する医療器材等の給付を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者 | ふりがな氏　名 | 　 | 生年月日 | 年　月　日 |
| 住　所 | 　 | 性別 | 男・女 |
| 障がい名 | 　 | 身体障害者手帳 | 第　　　　号年　月　日交付 |
| 障がい程　度 | 　 | 傷病発生年月日 | 年　月　日 |
| 保護者 | ふりがな氏　名 | 　 | 職業 | 　 | 続柄 | 　 |
| 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排泄障がい…有・無⑤その他………有・無3　内部障がい　①　人工肛門　…………　②　人工膀胱　………… | ３　内部障害①人工肛門…有・無②人工膀胱…有・無有・無有・無 |
| 備考 |
| 受給資格審査結果 | 該当　・　非該当 | 理由 | １の　　　　　　□該当するため２の　　　に　　３の　　　　　　□該当しないため |