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 | | | | | | | | | |