|  |
| --- |
| 証　　明　　書　在宅重度障害者の状況は、次のとおりである。 |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 住　所 |  |
| 　　障害の状況・・・該当する カナ 及び 番号 を○で囲んでください。　　　　　ア　現在、以下の症状を有し、又は予防が必要な状態である。　　　　　　１．褥瘡　　　　　　２．尿路感染症　　　　　　３．膀胱炎　　　　　　４．排泄障害　　　イ　現在、人工肛門・人工膀胱を造設している。 |
| 　上記のとおり相違ないことを証明する。　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　所在地医療機関　　　名称氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |