|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | |