

様式第 1 号(第 1 関係)

在宅重度障がい者対策事業受給者証交付申請書

年 月 日

北塩原村長 様

住 所
申請者
氏 名



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		身障手帳交付年月日	年 月 日		
	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		2 症 状			
	① 知覚障がい有・無 ② 膀胱・直腸麻痺有・無 ③ 運動麻痺有・無		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 人工肛門有・無 ② 人工膀胱有・無			
備 考						
受給資格 審査結果	該 当・非 該 当		理 由	1の 2の に該当 するため 3の しないため		
(注) これ以下は、記載しないでください。						
決裁	課 長	係 長				起案者