在宅重度障害者医療器材購入助成申請書

　　　　年　　月　　日

播 磨 町 長　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　播磨町

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　（　　　　）　　　　－

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　　象　　者 | ふりがな  氏　　名 | |  | 生年月日 | 年　　 月　　 日 | | | | |
|  |
| 住　　所 | | 播磨町 | | | | | 性別 | 男　・　女 |
| 障害程度 | | １級　・　２級 | 要介護度 | | 要介護４　・　要介護５ | | | |
| 障害名 | |  | | | | | | |
| 保護者 | ふりがな  氏　　名 | |  | | | | 続　柄 |  | |
|  | | | |
| 現　在　の　症　状 | １　障害の有無  ①　知覚障害・・・・・・・・　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　排泄障害・・・・・・・・　有　無  　⑤　その他（　　　　　　　　　　　　　　　）・・・・・　有　無 | | | | | | | | |
| 添付書類 | | 医療機関の証明書（指定様式） | | | | | | | |
| 購入予定器材 | |  | | | | | | | |
| 購入  業者 | |  | | | | | | | |