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 |  |