

受付時 確認事項	<input type="checkbox"/> 在宅 (入所・入院等は非該当)	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続	前年度 交付番号	治第	号	交付番号	治第	号
審査結果	該当 ( ア ・ イ ・ ウ ) ・ 非該当							
福島市在宅重度障がい者対策事業 治療材料費受給者証交付申請書								
年 月 日								
福島市長								
住所 _____								
申請者氏名 _____								
電話番号 _____								
受給対象者との関係 _____								
受給対象者	氏名							
	住所	福島市						
	生年月日	年	月	日	性別	男 ・ 女		
※医師の証明書（治療材料受給者証交付申請用証明書）をもとに該当する事項に○印をつけてください。 ア・イ・ウいずれかに該当することが交付の条件となります。 なお、イ・ウについては、障がい及び症状に1つ以上○がついた場合に交付の対象となります。								
現在の状況	ア	重度認知症	【ランク】 IV ・ M					
	イ	寝たきり状態  ※無の場合は非該当	【障がい】 1 知覚障がい 2 直腸障がい 3 運動機能障がい			【症状】 1 褥瘡 2 尿路感染症 3 膀胱炎 4 排泄障がい（失禁状態）		
	ウ	身体障害者手帳 下肢・体幹機能障害で 個別等級1・2級  ※下記「身体障害者手帳の 内容」をご記入ください。	【障がい】 1 知覚障がい 2 直腸障がい 3 運動機能障がい			【症状】 1 褥瘡 2 尿路感染症 3 膀胱炎 4 排泄障がい（失禁状態）		
身体障害者 手帳の内容	手帳 番号	第		号	交付 年月日	年 月 日		
	等級	級	障害名					

- ※1 太枠内を記入し、該当事項に○印をつけてください。
- ※2 初めて申請をする際は、治療材料受給者証交付申請用証明書を添付してください。
- ※3 「ウ 身体障害者手帳」により申請をする方は、身体障害者手帳を提示してください。
- ※4 更新手続きをする場合は、先に交付された「福島市在宅重度障がい者対策事業治療材料費受給者証」（A5判）を添付してください。