

受 付 時 確認事項	☐ 在宅 (入所・入院等是非該当)	☐ 新規 ☐ 継続	前 年 度 交付番号	衛 第 号	交 付 番 号	衛 第 号
審査結果	該 当 (ア ・ イ) ・ 非該当					
福島市在宅重度障がい者対策事業 衛生器材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		
※ア・イいずれかに該当することが交付の条件となります。						
現 在 の 状 況	ア	医師の証明による 人工ぼうこう造設者 ただし、ぼうこう機能障害による身体障害者手帳を所持していない方				
	イ	医師の証明による 人工肛門造設者 ただし、直腸機能障害による身体障害者手帳を所持していない方				

※ 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、衛生器材費受給者証交付申請用証明書を添付してください。

※ 3 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衛生器材費受給者証」（Ａ５判）を添付してください。