

受付時 確認事項	<input type="checkbox"/> 在宅 <small>(入所・入院等は非該当)</small>	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 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 ・ ウ ) ・ 非該当					
<b>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</b>						
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・ウ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				
	ウ	ぼうこう 又は 直腸機能障害による身体障害者手帳を 昭和63年以前に取得された方 (継続受給者のみ) <span style="float:right;">※下記「身体障害者手帳の内容」をご記入ください。</span>				
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	ア ぼうこう機能障害 イ 直腸機能障害		

- ※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 「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衛生器材費受給者証」(A5判)を添付してください。