



人工肛門ストマ用装具支給申請書

記入例

茨城県 県民センター長・県央福祉事務所長 殿

令和6年 3月 1日

| | | |
|--|--|---|
| 申請する方 | 本人 | フリガナ イバラキ タロウ 氏名 茨城 太郎 生年月日 昭和12年 3月 4日 住所 東海村〇〇1-2-3 電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 |
| | 代理の場合 | 氏名 茨城 花子 本人との関係 妻 電話番号 △△△-△△△△-△△△△ |
| 申請区分 | 新規 ・ 継続 | |
| 人工肛門・人工ぼうこうの造設の状況 | 病名 直腸癌 造設手術 手術日: 令和6年 2月 1日 病院名: 〇〇病院 閉鎖手術の予定 閉鎖手術の予定が未定の場合は「未定」と記入 <input type="checkbox"/> あり (年 月頃) <input checked="" type="checkbox"/> なし 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 申請済み (年 月 日) <input checked="" type="checkbox"/> 申請予定 (令和6年 4月頃) <input type="checkbox"/> 申請しない ←閉鎖手術の予定「あり」の方はこちら | |
| 支給を受けたい装具 | 品名 蓄便袋 (〇箇所) 又は 蓄尿袋 (〇箇所) 規格 数量 (1ヶ月あたり) 内容の詳細が不明の場合は空欄にしてください | |
| 支給を受けたい年月 | 令和6年 〇月分 ~ 令和6年 〇月分 | |
| 希望する業者 | 名称 〇〇福祉サービス , △△医療機器店 等 納入業者名を記入 所在地 〇〇市△△1-2-3 電話番号 □□□-□□□□-□□□□ | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 住民登録、所得及び手術の状況等について確認を受けることに同意します。 | | |

- ※ 閉鎖の予定がなく、かつ、手帳を申請しない方は、支給対象になりません。
- ※ 2回目以降の申請（継続）の場合は、閉鎖の予定時期についての医師の意見書（診断書）を添付してください。