

人工肛門ストマ用装具支給申請書

茨城県 県民センター長・県央福祉事務所長 殿

		年 月 日		
申請する方	本人	フリガナ		
		氏名		
		生年月日		
		年 月 日		
	代理の場合	住所		
電話番号				
氏名				
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 造設手術 手術日： 年 月 日 病院名： 閉鎖手術の予定 ☐ あり (年 月頃) ☐ なし 身体障害者手帳 ☐ 申請済み (年 月 日) ☐ 申請予定 (年 月頃) ☐ 申請しない		
支給を受けたい装具		品名 規格 数量（1ヶ月あたり）		
支給を受けたい年月		年 月分 ～ 年 月分		
希望する業者		名称 所在地 電話番号		
☐ 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。