



人工肛門ストー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
		住所
		電話番号
	代理の 場合	氏名
		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	
	造設手術 手術日： 年 月 日 病院名：	
	閉鎖手術の予定 <input type="checkbox"/> あり (年 月頃) <input type="checkbox"/> なし	
	身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 申請済み (年 月 日) <input type="checkbox"/> 申請予定 (年 月頃) <input type="checkbox"/> 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	
<input 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。



人工肛門ストー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

		令和〇年 8月 9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 23年 4月 5日
		住所	つくば市研究学園1-1-1
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 :	令和〇年 8月 1日	
	病院名 :	〇〇病院	
	閉鎖手術の予定		
	<input checked="" type="checkbox"/> あり (令和〇年 12月頃)		
	<input type="checkbox"/> なし		
	身体障害者手帳		
	<input type="checkbox"/> 申請済み (年 月 日)		
	<input type="checkbox"/> 申請予定 (年 月頃)		
	<input checked="" type="checkbox"/> 申請しない		
支給を受けたい装具	品名	消化器系装具、尿路系装具、 〇〇キャップ、△△パウダー 等	
	規格	〇〇〇〇〇 (製造番号※5桁ないし4桁の番号)	
	数量 (1ヶ月あたり)	10枚	
支給を受けたい年月	令和〇年 8月分 ~ 令和〇年 11月分		
希望する業者	名称	〇〇福祉サービス、△△器械店 等	
	所在地	〇〇県△△市□□1-1-1	
	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。			

閉鎖時期未定の場合は「未定」と記入

閉鎖手術予定がある方はこちら

最大4ヶ月分まで申請できます

※ 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。