



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
		住所
		電話番号
	代理の場合	氏名 本人との関係
		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。

茨城県人工肛門ストマー用装具支給申請書確認事項

入院日	年 月 日
治療の状態	入院中（病院名： ） 自宅療養（退院日： 年 月 日）
蓄便・蓄尿の区分	蓄便 蓄尿
納品業者名（* 製造メーカーと間違えないよう注意）	
①製造メーカー及び製品名（1） ※未定の場合はその旨を御記入ください	
規格（製品番号 * 5桁ないし4桁の番号）	
月当たりの使用数（目安）	
②製造メーカー及び製品名（2）	
規格（製品番号 * 5桁ないし4桁の番号）	
月当たりの使用数（目安）	
③製造メーカー及び製品名（3）	
規格（製品番号 * 5桁ないし4桁の番号）	
月当たりの使用数（目安）	