



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3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 つくば市〇〇1-2-3
	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3年 2月 1日 病院名： 〇〇病院	
	閉鎖手術の予定 <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3年 4月頃) <input type="checkbox"/> 申請しない ←閉鎖手術の予定がある方はこちら	
支給を受けたい装具	品名 〇〇製造の△△畜便袋 等 ※未定の場合はその旨を御記入ください	
	規格 〇〇〇〇〇 (製品番号※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3年 4月分 ~ 令和3年 4月分	
希望する業者	名称 〇〇医療サービス、△△株式会社 等	
	所在地 〇〇市△△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ーマー用装具支給申請書確認事項(記入例)

入院日	令和3年 2月 1日
治療の状態	<input checked="" type="radio"/> 入院中 (病院名: ○○病院) <input type="radio"/> 自宅療養(退院日: 年 月 日)
蓄便・蓄尿の区分	<input checked="" type="radio"/> 蓄便 <input type="radio"/> 蓄尿
納品業者名(* 製造メーカーと間違えないよう注意)	○○医療サービス、△△株式会社 等
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	○○製造の△△蓄便袋 等
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)	10枚
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)	