



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

		〇〇〇〇年 〇月 〇日	
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	
		電話番号 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	〇〇〇〇年 〇月 〇日	
	病院名	〇〇病院	
	閉鎖手術の予定	<input checked="" type="checkbox"/> あり (〇〇〇〇年 〇月頃) <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 ←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	蓄便袋、〇〇キャップ、△△パウダー 等 ※未定の場合はその旨記入	
	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	〇〇〇〇年 8月分 ~ 〇〇〇〇年 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。			

予定日が未定の場合は「未定」と記入してください。

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。

茨城県人工肛門ストマー用装具支給申請書確認事項 (記入例)

入院日	〇〇〇〇 年 〇 月 〇 日
治療の状態	<input checked="" type="radio"/> 入院中 (病院名: 〇〇病院) <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)	〇〇福祉サービス、△△器械店 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	△△パウダー
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)	1 本
②製造メーカー及び製品名(2)	〇〇キャップ
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)	10~15枚
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)	

申請書に記入しきれなかった装具等をご記入ください。