



人工肛門ストマ用装具支給申請書

茨城県 県北 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。