

ストマ用装具の給付申請手続きについて

1 申請方法

ストマ用装具給付申請書（注文書添付のこと。）は、給付を受けたい月の末日までに障害福祉課窓口へ提出してください。（※郵送申請でも可能です。）

申請されてから給付まで、通常10日～2週間程度かかりますので、余裕をもって申請してください。給付が決定したい通知いたします。

※1 給付が必要になった場合は、その都度申請が必要になります。

なお、申請月をさかのぼっての申請及び給付はできません。

※2 給付の流れ・注文書の記入については、裏面を参照してください。

2 申請できる数量について

1回の申請により1か月分～12か月分（年度の4月～翌年3月まで）の申請ができます。

3 自己負担額について

給付限度額内であれば給付を受けるストマ用装具価格の1割に相当する額となります。ただし、生活保護法による非保護世帯及び市町村民税非課税世帯は無料、世帯に市町村民税所得割が46万円以上の者がいる場合は対象外となります。

※給付限度額を超えた部分については全額自己負担となります。業者より、自己負担額の請求があったときは、直接業者にお支払いください。

補助対象となるストマ用装具

「蓄便袋」：給付限度月額→ 8,600円

「蓄尿袋」：給付限度月額→11,300円

※土浦市障害児（者）ストマ用装具等給付事業実施要項第4条 給付限度額より

ストマ用装具の代替品として認められるもの

- ・洗腸装具（※蓄便袋の使用者のみ）
- ・ガーゼ
- ・サラシ
- ・脱脂綿

4 その他

ご不明な点がございましたら下記問い合わせ・提出先までご連絡ください。

問い合わせ・提出先

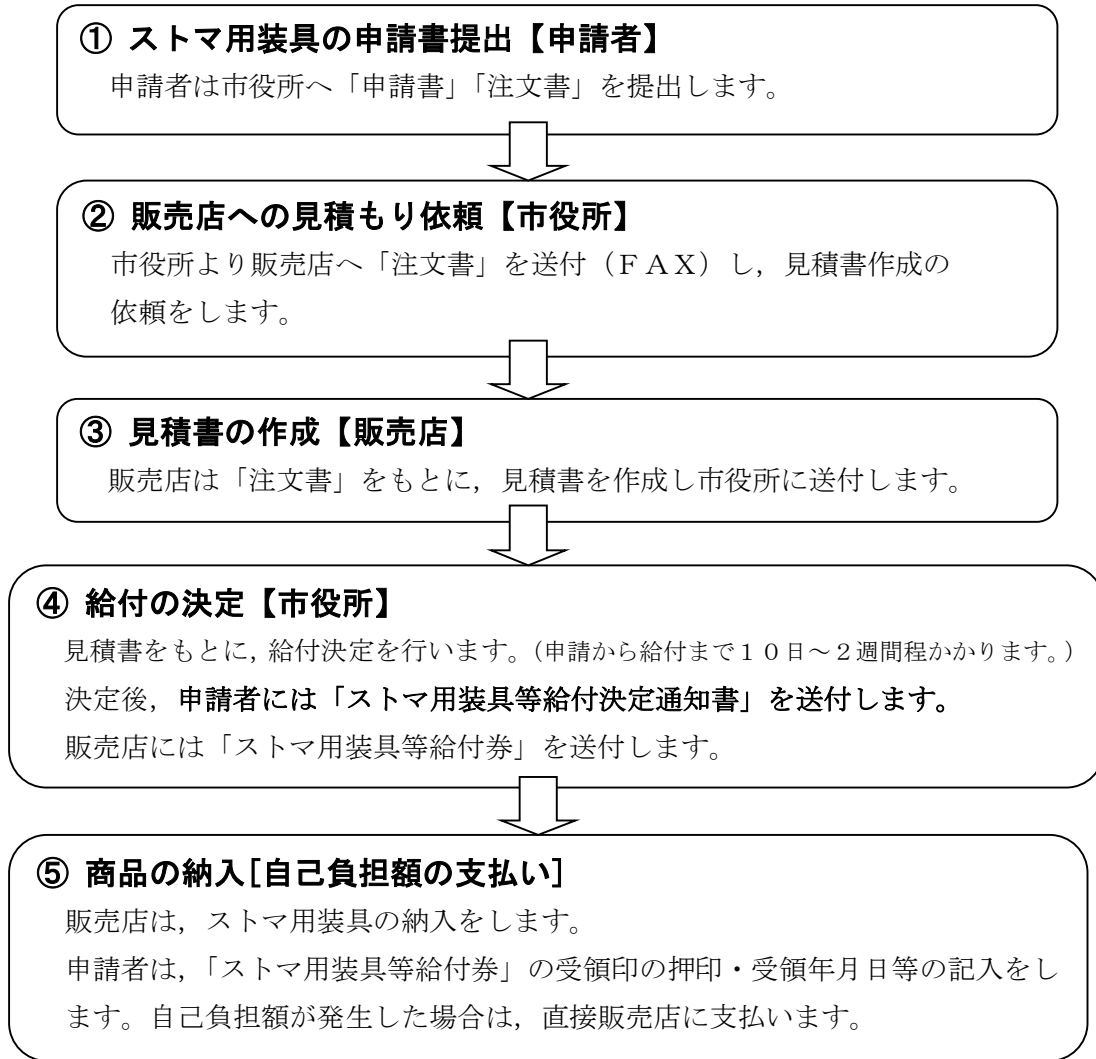
〒300-8686

土浦市大和町9番1号

土浦市役所障害福祉課障害福祉係

Tel029-826-1111（内線2454）

ストマ用装具給付の流れ



注文書の記入について

注 文 書

申請する月 (例) 6～9月
 ※年度を越えての申請はできません。

ストマ用装具 (____ ~ ____ 月分)

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

申請者氏名				電話番号	—
新規・継続	申請者住所 土浦市				
No.	商品名	商品番号	数量	備考	
1				<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px;"> 申請月数に必要な数を記入してください。 (例) 6～9月分であれば、3か月分の商品数を記入する。 </div>	
⋮					
10					