

年 月 日

(依頼先)土浦市障害福祉課長

災害時用ストーマ装具保管依頼書

次のとおり、ストーマ装具の保管を依頼します。また、確認事項欄に記載された各項目について同意します。

依頼者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所		電話番号	
代理人	氏名		依頼者との続柄	
	住所		電話番号	
身体障害者 手帳	交付番号		第	号
保管を希望するストーマ装具 (品名及び数量)				
確認事項		1 ストーマ装具の品質管理などに関し、市は一切の責任を負いません。ただし、市の故意又は重大な過失による滅失又は損傷はこの限りではありません。 2 保管期間は、受付日の属する月の翌月から起算して1年間とし、市は保管期間の満了に当たって通知を行いません。 3 保管期間の経過後も引き続きストーマ装具の保管を希望する場合は、保管期間が満了する日までに、依頼書及び新たなストーマ装具を袋に入れ、依頼書とともに市に提出してください。 4 保管期間を経過したストーマ装具については、一定期間経過後に処分します。 5 保管する量は、1週間分を目安にしてください。		

(市記入欄)

受付番号	受 付 日	保管期間満了日	備 考
	年 月 日	年 月 日	