



人工肛門ストマ用装具支給申請書

茨城県 県民センター長・県央福祉事務所長 殿

		令和○年 ○月 ○日		
申請する方	本人	フリガナ ツチウラ タロウ		
		氏名 土浦 太郎		
		生年月日 昭和○年 ○月 ○日		
		住所 土浦市大和町9番1号		
		電話番号 029-826-1111		
	代理の場合	氏名 土浦 花子	本人との関係 妻	
		電話番号 029-826-1111		
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 大腸がん		
		造設手術		
		手術日： 令和○年 ○月 ○日		
		病院名： つちまる大学付属病院		
		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○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) ○個		
支給を受けたい年月		令和○年○月分 ～ 令和○年○月分		
希望する業者		名称 株式会社つちまる		
		所在地 茨城県土浦市大和町23		
		電話番号 029-○○○-○○○		
<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。				

こちらをご記入ください。

閉鎖手術や、身体障害者手帳の申請の時期が未定の場合は、【未定】とご記入ください。

品物が決まっていない場合には、蓄便袋または蓄尿袋とご記入ください。

最大4か月までご申請いただけます。
例：令和8年4月分～令和8年7月分

※ 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。