

様式第1号の1

市町村

使用欄

県民センター

等 使用欄

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

令和〇年 ○月 ○日

申請する方 本人	カガナ ツチウラ タロウ 氏名 土浦 太郎	
	生年月日 昭和〇年 ○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
電話番号 029-826-1111		
申請区分	新規 • 繼続	
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： 令和〇年 ○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 (令和〇年 ○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	令和〇年〇月分 ~ 令和〇年〇月分	
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-○○○-○○○	

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。

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