

日常生活用具給付意見書(ストーマ装具助成用)

氏名		男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
住所	江戸川区			
病名				
注意事項 身体障害者福祉法別表に定められた障害程度に該当せず、身体障害者手帳の取得が困難な一時的にストーマ装具の使用が必要な方向けの助成制度です。永久的にストーマ装具の使用が必要な方等、身体障害者手帳の申請が可能な方は身体障害者手帳要件での申請が優先となります。				
○障害の部位及び装具の種類 <input type="checkbox"/> ぼうこう機能障害(泌尿器系) <input type="checkbox"/> 直腸機能障害(消化器系) <input type="checkbox"/> ぼうこう直腸機能障害(泌尿器系・消化器系)				
○ストーマ造設日(手術日) 年 月 日				
○身体障害者手帳を取得しない(永久使用を予定しない)理由 1. 造設期間が短いため(再手術 年 月頃閉鎖予定) 2. その他				
年 月 日 病院名 診療科 電話番号 医師名				

○申請及び問い合わせ先

江戸川区役所 (〒132-8501 江戸川区中央1-4-1 南棟庁舎 2階・1番窓口)
障害者福祉課 障害相談係 TEL 5662-0052