

対 象 者	住 所	明石市				
	フ リ ガ ナ 氏 名	(個人番号)				
	生 年 月 日	年	月	日	電 話	
障 害 手 帳	明石市 兵庫県	(兵東加)	第	号	年 月 日交付 年 月 日再交付	
障 害 名	直 腸 ぼうこう の機能障害				等級	級
疾 病 名						
支給を希望する 用 具 の 名 称	ストーマ装具 消化器系 ・ 尿路系 (蓄便袋) (蓄尿袋)		希望する型 式 規 模 等			
希望する業者名						
減免該当の有無	有 (市民税非課税世帯・生活保護世帯) ・ 無					
用具の給付にあつて特に希望する事項						
備 考	2 ・ 4 ・ 6 か月分					