様式第７号の２

福島市在宅重度障がい者対策事業
衛生器材費受給者証交付申請用証明書

住　　所	
氏　　名	
生年月日	年　　月　　日（　　才）
病　　名	

ア	造 設 術	人工膀胱造設術	・	人工肛門造設術
イ	造設期間	３ヵ月未満	・	３ヵ月以上
ウ	身体障害者手帳取得要件	満たす	・	満たさない
エ	附　　記			

在宅の日常生活において、上記の状態にあることを証明します。

年　　月　　日

病院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【参考】福島市在宅重度障がい者対策事業実施要綱

（対象者）

第２条　この事業の給付対象者は、在宅の重度障がい者のうち次のいずれかに該当する者とする。

（２）　衛生器材の給付対象者

人工膀胱造設者及び人工肛門造設者で、継続して３ヵ月以上の造設が見込まれる者（障害者自立支援法第77条第１項第２号の規定に基づき厚生労働大臣が定める日常生活上の便宜を図るための用具（平成18年9月29日厚生労働省告示第529号）に掲げる「ストマ用装具」の交付を受けることができる者を除く。）

なお、「ストマ用装具」の交付を受けることができる者で、衛生器材の受給者となっており、特別の事情があると市長が認めた者については、当分の間、継続して給付を受けることができるものとする。