

日常生活用具（ストマ） 給付申請内訳書

年 月 日

申請者	氏名			
	住所	芦屋市	町 番	号
種類	蓄便袋 ・ 蓄尿袋 ・ 紙おむつ			
申請月数	年 月分 ～ 年 月分 希望する申請月数（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ケ月分） ※3～4月・7～8月をまたぐ申請はできません。 ※受付月～、または、受付月の次の月～分の申請が可能です。			
内 訳				
	(品 名)	(品 番)	(単価)	(個数)
	1. _____	(_____)	@ _____	円 ×
	2. _____	(_____)	@ _____	円 ×
	3. _____	(_____)	@ _____	円 ×
	4. _____	(_____)	@ _____	円 ×
	5. _____	(_____)	@ _____	円 ×
	6. _____	(_____)	@ _____	円 ×
	合計額			_____ 円
	※ 窓口記載欄			円 超過・余り
蓄便袋上限月額（税込）	蓄尿袋上限月額（税込）	紙おむつ上限月額（税込）		
8, 858円	11, 639円	12, 600円		

※ 月額上限額を超える額については、自費扱いとなりますのでご注意ください。