益城町ストーマ装具保管依頼（変更）申請書兼同意書

年　　月　　日

益城町長　様

（申請者）　氏名　　　　　　　　　　　印

住所

電話番号

下記により、災害時に備えて自己所有のストーマ装具の保管を申請します。保管期間中は福祉課が保管に必要な申請者情報を指定保管場所に提供し、利用することに同意します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 指定保管場所 | □益城町役場  □益城町保健福祉センター  □益城町交流情報センター | | |
| 保管開始日 | 年　　月　　日 | | |
| 家族等の連絡先※ | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　） | | |
| 住所 | | |
| 連絡先 | | |
| 利用  規約 | １　保管するストーマ装具は、利用者の自己管理（責任）において品質を管理し、保管方法については町長の指示に従います。  ２　保管しているストーマ装具が天災等により損傷、又は滅失した場合は、町の責任を問いません。  ３　保管するストーマ装具は、おおむね２週間分とし、６か月を目安に交換します。  ４　ストーマ装具の交換がない、又は連絡が取れない場合は、ストーマ装具を廃棄処分することに同意します。  ５　鍵を紛失した場合には、利用者の実費負担とします。  ６　利用者が対象ではなくなった場合、鍵を返還します。 | | |
| 鍵番号 | No. |

※申請者に連絡が取れない場合は、家族等に連絡や鍵を紛失した際の請求等をすることになりますので、必ず家族等の同意の上、ご記入ください。