

申請者 (ストーマ装具使用者)	住所	町田市森野〇-□□-△△ 電話 042	ストーマ装具使用者の住所・氏名・
	フリガナ	マチダ イチロウ	
	氏名	町田 一郎	
代理人	住所	町田市森野●-■-▼▼ □申請者と同じ	代理人の住所・氏名・電話番号を記入してください。
	フリガナ		
	氏名	中町 太郎 申請者との続柄 (甥)	
緊急連絡先 □代理人と同じ ※相手の同意を得てからご記入ください。	住所	町田市〇〇町〇-□□-△△ 電話 042 (△△△) ××××	緊急連絡先となる方の住所・氏
	フリガナ	マチダ ジロウ	
	氏名	町田 次郎 申請者との続柄 (弟)	
希望保管場所	☐ ひかり療育園 ☐ 町田市社会福祉協議会 ☐ 町田市わさびだ療育園		
ストーマ装具の保管場所を1ヶ所指定してください。			
別紙のとおり			