

日常生活用具（ストマ用装具・紙おむつ）給付申請フォーム 入力手順のご案内（表）



令和8年8月より、ストマ用装具（初めて申請の方を含む）・紙おむつ（継続申請の方のみ）について、申請用紙の代わりにオンラインで申請できるようになりました。
右上のQRコードまたは次のリンクから申請を行ってください。 <https://logoform.jp/form/hyogo-sanda/1617471>
なお、従来通り紙での申請も受け付けていますので、ご希望の方法で申請してください。

ログインせず 申請する場合

このまますぐに申請する
ゲストとして申請を進めます。
※メールアドレス認証が必要な場合があります。

申請へ進む

ログインして 申請する場合

ログインして申請

ログインまたはアカウント登録をして申請を進めます。

アカウント登録でマイページをご利用できます

- ① 自分の申請履歴を確認できます。
- ② 氏名や住所などの登録内容を利用して、申請フォームへ自動入力できます。
- ③ 電子文書の確認や支払いが必要な申請もすぐわかります。

ログイン 新規アカウント登録

Q1. 日常生活用具給付決定の事務に必要な私の世帯の住民登録資料、税務資料、その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。また、給付決定内容について必要に応じ、各関係機関に情報提供することを承諾します。 必須

☐ 上記事項について同意し、日常生活用具の給付を申請します。

Q1 確認事項

記載事項を確認のうえ、問題がなければ□に✓を入れてください

Q2. 申請者を選択してください。 必須

- ☐ 本人
☐ 保護者（対象者が18歳未満の場合のみ）

Q2 申請者を選択してください。

給付対象の方が18歳以上であれば「本人」を選択してください。
給付対象の方が18歳未満であれば「保護者」を選択してください。

Q3. 申請する用具を選択してください。 必須

- ☒ ストマ用装具
☐ 紙おむつ

Q3 申請する用具を選択してください。

「ストマ用装具」または「紙おむつ」を選択してください。

Q4. 対象者は身体障害者手帳を所持していますか。 必須

- ☒ はい
☐ いいえ

Q4 対象者は身体障害者手帳を所持していますか。

「はい」または「いいえ」を選択してください。
（「いいえ」を選択するとエラーになり、次の画面に進めなくなります。）

Q5. 対象者は療育手帳を所持していますか。 必須

- ☐ はい
☐ いいえ

Q5 対象者は療育手帳を所持していますか。

（紙おむつの場合のみ表示されます）
「はい」または「いいえ」を選択してください。

Q6. 【申請には見積書が必須です】見積書はどのように三田市に提出しますか。見積書は三田市宛で業者にご依頼ください。 必須

- ☐ 本人（保護者）が窓口または郵送で提出
☒ 本人（保護者）がオンラインで画像をアップロード
☐ 業者が提出

Q6 見積書はどのように三田市に提出しますか。

選択肢から当てはまるものを選択してください。

Q7. 見積書の画像をアップロードしてください。

※全体が写るように撮影してください。画像が不鮮明で読み取れない場合や、確認事項がある場合は連絡しますが、その場合は給付決定が遅れることがあります。 必須

必須項目です。

Q7 見積書の画像をアップロードしてください。

（Q6で「オンラインで画像をアップロード」を選択した方のみ表示されます）

カメラのマークを押すと、画像が選択できるようになります。
お手持ちの端末で見積書を撮影し、アップロードしてください。

Q8. 対象者の情報を入力してください。

氏名		
氏 必須	名 必須	0 / 64
氏フリガナ 必須	名フリガナ 必須	0 / 64
住所		
郵便番号 必須	都道府県 必須	市区町村 必須
0 / 8		0 / 64
番地 必須	マンション・部屋番号	0 / 64
0 / 64		
電話番号		
電話番号 必須		0 / 15
生年月日		
生年月日 必須		

Q8 対象者の情報を入力してください。

対象者の「氏名」「氏名フリガナ」「住所」「電話番号」「生年月日」をそれぞれ入力してください。

（裏面へつづく）

日常生活用具（ストマ用装具・紙おむつ）給付申請フォーム 入力手順のご案内（裏）

Q9. 保護者の情報を入力してください。

氏名

氏 必須 姓 必須

0 / 64 0 / 64

Q10. 保護者の続柄を選択してください。 必須

☒ 父
☐ 母
☐ その他

Q9 保護者の情報を入力してください。
Q10 保護者の続柄を選択してください。
(Q2で「保護者」を選択した方のみ表示されます)

Q11. 現在のお住まいの場所を選択してください。 必須

☒ 自宅
☐ 入所
☐ 入院

Q11 現在のお住まいの場所を選択してください。
選択肢から当てはまるものを選択してください。

Q12. 現在お住まいの施設、医療機関名を入力してください。 必須

〇〇施設、〇〇病院

0 / 64

Q13. 現在のお住まいの施設、医療機関の連絡先を入力してください。

電話番号

電話番号 必須

0 / 15

Q12 現在のお住まいの施設、医療機関名を入力してください。
Q13 現在のお住まいの施設、医療機関名の連絡先を入力してください。
(「入所」「入院」を選択した方のみ表示されます)

Q14. 決定通知書・給付券の送付先を選択してください。
※申請受理後、決定通知書・給付券をお送りします。 必須

☒ 申請者の住所
☐ 現在お住まいの施設、医療機関
☐ その他

Q14 決定通知書・給付券の送付先を選択してください。
選択肢から希望するところを選択してください。

Q15. (「その他」を選択した場合) 送付先の情報を入力してください。

氏名

氏 必須 姓 必須

0 / 64 0 / 64

氏フリガナ 必須 名フリガナ 必須

0 / 64 0 / 64

住所

郵便番号 必須 都道府県 必須

0 / 8

市区町村 必須 番地 必須

0 / 64 0 / 64

マンション・部屋番号

0 / 64

電話番号

電話番号

0 / 15

Q15 送付先の情報を入力してください。
(Q14で「その他」を選択した方のみ表示されます)

希望する送付先の「氏名」「氏名フリガナ」「住所」
「電話番号(あれば)」をそれぞれ入力してください。

Q16. (「その他」を選択した場合) 送付先の方の申請者との関係を入力してください。 必須

施設職員、ケースワーカー

0 / 60000

Q16 送付先の方の申請者との関係を入力してください。
(Q14で「その他」を選択した方のみ表示されます)

Q17. 給付を希望する年月を選択してください。(例：10～12月分であれば、10,11,12月分を選択)
・上半期4月～9月分、下半期は10月～翌年3月分の範囲内で、最大6か月分の申請が可能です。
・見積書と一致するようにしてください。
・当月分の場合はできる限り20日までに申請してください。 必須

☐ 4月分
☐ 5月分
☐ 6月分
☐ 7月分
☐ 8月分
☐ 9月分
☐ 10月分
☐ 11月分
☐ 12月分
☐ 1月分
☐ 2月分
☐ 3月分

Q17 給付を希望する年月を選択してください。
上半期は4～9月分、下半期は10～翌年3月分の範囲内で、最大6か月分の申請が可能です。
今回の申請で給付を希望する年月をすべて選択してください。

・見積書の内容と一致するようにしてください。
・当月分の場合は、できる限り20日までに申請してください。

Q18. 給付を希望する業者を選択してください。(50音順) 必須

☐ 石浜メディカルシステム (株)
☐ (株) ウェル・カムサポートセンター
☐ ウェルシア薬房 (株)
☐ (株) 川南
☐ 川南病院 (株)
☐ (株) サンコー大塚支店
☐ (株) 光澤
☐ (株) スキ薬局
☐ 西日本メディカルリンク (株)
☐ (株) 平野Gouda
☐ (株) 文春 関西支店
☐ (株) ホート・リハビリセンター
☐ 京都医療 (株) モイラン神戸店
☐ 京都医療 (株)
☐ (株) ちよみ看護センター
☐ 八千代ケアサポート (株) 三田店
☐ (株) ラインメディカル
☐ その他

Q18 給付を希望する業者を選択してください。
選択肢から希望するところを選択してください。
選択肢にない場合は、「その他」を選択し、希望する業者名を入力してください。

すべての入力内容を確認し、送信が終わりましたら、申請完了となります。
見積書について、アップロード以外の方法で提出する方は、できるだけ早く障害福祉課まで提出してください。