第１号様式 　　　 （患者・家族用）

在宅難病患者等療養生活用機器貸出申込書

　　　年　　月　　日

　　　　（申込者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

 電　話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　利用者との続柄（　　　）

　下記により療養生活用機器の貸出を申し込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 氏　名 |  | 生年月日 | 　　年 　　月 　　日 |
| 住　所※ |  |
| 疾患名 | （対象患者であることの確認書類：受給者証・受給者票・登録者証・診断書・その他） |
| 貸出希望機器 |  |
| 担当職員 | 　保健所・保健福祉センター（　　　　　　　　　） |
| 備　　　考 | ※搬入先が利用者住所以外の場合は、備考欄に搬入先住所・施設名や搬入先担当者等の情報を記載してください。 |

　○特定医療費（指定難病）受給者証、特定疾患受給者票又は登録者証（指定難病）の写しなど事業の対象患者であることが確認できる書類の添付をお願いします。

○貸出機器は皆様で使っていただくものですので、大切に使用してください。故意　　　又は重大な過失により破損・故障等があった場合には、費用をご負担いただく場合　　　があります。

　○原則、貸出機器は１セットとし、意思伝達装置等の貸出期間は最長１か月までを限度とします。

|  |
| --- |
| ※担当事業者記載欄 |
| 搬入日～貸出終了予定日 | 　 年 　月 　日　～　　 　年 　月 　日 |
| 担当事業者及び担当者名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

第１号様式 　　　　 （支援者用）

在宅難病患者等療養生活用機器貸出申込書

　　年　　月　　日

　　　　　（申 込 者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

 電　　話

事業所名

　下記により療養生活用機器の貸出を申込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 研修等の名称 |  |
| 目　　　　的 |  |
| 貸出希望機器 |  |
| （住　所） |  |
|  |  |
| 研修対象者数 |  |
|  |  |
| 貸出希望期間 | 月　　　日　　～　　　月　　　日 |
| 備　　　　考 |  |

　※　貸出機器は皆様で使っていただくものですので、大切に使用してください。故意　　又は重大な過失により破損・故障等があった場合には、費用をご負担いただく場合　　があります。

　※　貸出期間は１週間を限度とします。

|  |
| --- |
| ※担当事業者記載欄 |
| 搬入日～貸出終了予定日 | 　　 年 　月 　日　 ～ 　　 年 　月 　日 |
| 担当事業者及び担当者名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |