

在宅難病患者等療養生活用機器貸出申込書

(宛先) 京都市長

年 月 日

申込者
住 所
電 話
氏 名

対象者との続柄 ()

下記により療養生活用機器の貸出を申し込みます。

対 象 者	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所※			
	疾患名	(対象患者である確認書類：受給者証・登録者証・診断書・その他)		
貸出希望機器				
担当職員		区役所・支所 保健福祉センター		
備 考		※搬入先が対象者住所以外の場合は、備考欄に搬入先住所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）受給者証や登録者証（指定難病）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、費用を御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	

在宅難病患者等療養生活用機器貸出申込書

(宛先) 京都市長

年 月 日

申込者
住所
電話
事業所名
代表者

下記により療養生活用機器の貸出を申し込みます。

研修等の名称	
目 的	
貸出希望機器	
使 用 場 所 (住 所)	
研 修 対 象 者	
研修対象者数	
開 催 日	
貸出希望期間	年 月 日 ～ 年 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、費用を御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	