

**返信先**

ファクシミリ (03)(3234)9156

郵 送 〒102-0073

東京都千代田区九段北 1-15-15 瑞鳥ビル 1 階

一般社団法人日本 ALS 協会療養支援部 御中

**レッツ・チャット借用申込書**

平成 年 月 日

|               |   |
|---------------|---|
| 患者氏名          | (フリガナ)<br><br>(大昭平 年 月 日生)<br>(1 会員 2 非会員)                                  |
| ご連絡先          | ☎<br>電話番号 ( ) ( ) ファクシミリ ( ) ( )<br>E-mail アドレス                             |
| 使用場所<br>(送付先) | 1 上記連絡先<br>2 1 以外 (病院・施設の名称 )<br>住所<br>電話                                   |
| お身体の状態        | 手足<br>言葉<br>呼吸  |
| 給付申請          | 1 申請中=障害者自立支援法(日常生活用具・補装具)・難病患者等日常生活用具給付事業<br>2 検討中<br>3 その他 ( )            |
| 申込者           | 1 本人<br>2 代理=氏名 (患者との続柄 )<br>住所<br>電話 ( ) ( ) ファクシミリ ( ) ( )<br>E-mail アドレス |
| その他<br>連絡事項   |   |

(個人情報は、「レッツ・チャット」貸出事業以外には使用いたしません。)

- 1 設置は利用者で行って下さい。
- 2 貸出期間は2ヶ月間、費用は無料です。
- 3 送料は、往復とも利用者においてご負担いただきます。
- 4 破損・紛失された場合は、必ずご連絡をいただきますようお願いいたします。  
ご連絡をいただけない場合、費用等をご負担いただくことがあります。