**返送先FAX：(03)3234-9156**

一般社団法人日本ALS協会療養支援部　御中

**「伝の心」借入申込書**

　申込日：　　　　　年　　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **希望機種**どちらかに☑**利用料（3ヵ月）** | □視線入力装置付き　　　　　　　　　　　　　　　　　　□普通スイッチセットのみ　　会員：10,000円　非会員：15,000円　　　　　　　　　　　　　　会員：5,000円　非会員：10,000円 |
| **患者氏名** | （フリガナ）　　　　　　　　　　　　　　生年月日：昭・平　　　　　年　　　　　月　　　　日生　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　会員No.： 　　　　　　　　　　　　 |
| **住所** | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL.(　　　　　　　)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX.(　　　　　　　)　　　　　　　　　　　　　　e-mailアドレス　： |
| **使用場所** | 1.　自宅　【家族の同居　　　：　　あり　　なし　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　】2.　病院　【名称等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】3.　施設　【名称等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 |
| **送付先**自宅住所と異なる場合は記入して下さい。 | 【名称等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL.(　　　　　　　)　　　　　　　　　　　 |
| **ご病状** | 手足（　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）言葉（　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　）食事（　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　）呼吸（　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　）人工呼吸器装着（　　気管切開　　　鼻マスク・バイパップ　　） |
| **給付申請** | 1. 申請中（障害者自立支援法　難病患者等日常生活用具給付制度）
2. 検討中

その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **申込者** | 1. 本人

2.　代理人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　患者との続柄　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL.(　　　　　　　)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX.(　　　　　　　)　　　　　　　　　　e-mailアドレス　： |
| **使用希望期間** | 　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　　年　　　月　　　日（最大3か月） |
| **個人情報取り扱いについて****（どちらかに☑）** | □借入申込書の個人情報は、意思伝達装置の貸出事業以外には使用しないで欲しい□フォローアップなどのためお住まいの支部と情報共有する事を承諾します注1：チェックのない場合、両方ともチェックの場合は下段の取り扱いを適用します |
| **備考** | 　 |

1．貸出期間＝3 ヵ月。延長についてはご相談させていただきます。

注意 1 故意･過失により、修理・補充等が必要になった場合の費用は、利用者でご負担いただきます。

 ※※「伝の心」の管理は株式会社日立システムズに委託しており、貸出機は同社から発送されます※※