**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※※