

(様式1)

在宅難病患者等療養生活用機器貸出申請書

年 月 日

長野県難病相談支援センター長 様

(申請者)

所在地

名 称

代表者

電 話

取扱担当者 (連絡先)

下記のとおり療養生活用機器の貸出しを申請します。

記

対象患者	氏 名		男・女	生年月日	年 月 日
	住 所	〒			
	疾病名				
	受給者番号				
貸出希望機器					
貸出希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
備 考					

(注意)

- 1 貸出機器は皆様に使っていただくものですので、大切に使用してください。
- 2 機器の受渡しは、原則、難病相談支援センターにおいて行いますので、センターへ来所してください。
- 3 故意又は重大な過失により機器を破損・故障等があった場合には補修費用の一部又は全部を負担していただきます。
- 4 貸出期間中であっても、利用しなくなった場合は、すみやかに返却してください。