

たすけあい介護サービス申込書(FAXまたは郵送)

全労連共済 共済事業部会 御中
組合員

申込日 20 年 月 日

※記入後FAX03・3639・3412または郵送で下記まで送付してください。

| | | | |
|----|------|------|-----|
| 氏名 | フリガナ | 共済会名 | (印) |
|----|------|------|-----|

申込者（実際に手続きをとる方の連絡先）

| | | |
|------|-------|---------|
| 氏名 | フリガナ | 利用者との続柄 |
| 住所 | 〒 | |
| 電話番号 | FAX番号 | |
| 携帯電話 | | |

利用者（実際に福祉用具を利用する人） ※分かる範囲で記入してください。

| | | |
|--|---------------------|------|
| 氏名 | フリガナ | 電話番号 |
| 住所 | (手続きをとる方と同じ場合は記入不要) | |
| 要介護度 (○をつけてください) 未申請 ・ 申請中 ・ 要支援1・2 要介護1 要介護2・3・4・5 | | |
| 現在の利用状況 ・ はじめての利用申し込み ・ すでにレンタル中 | | |

ケアマネジャー ※分かる範囲で記入してください。

| | |
|---------|----------|
| 氏名 | 事業所名 |
| 事業所電話番号 | 事業所FAX番号 |

給付金の振込み先を指定してください

| | | | |
|------|-------------------------|------|----|
| 銀行名 | 銀行 | 信用金庫 | 本店 |
| | 労働金庫 | 信用組合 | 支店 |
| 預金種目 | 1. 普通 ・ 2. 当座 | 口座番号 | |
| 口座名義 | フリガナ | | |
| 郵便局 | 記号 | 番号 | |

レンタルを希望する福祉用具 (○をつけてください)

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> 電動ベッド <input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> 介助用車椅子 <input type="checkbox"/> 自操用車椅子 <input type="checkbox"/> 電動四輪車 <input type="checkbox"/> 立ち上がりチェア <input type="checkbox"/> その他(必要な用具を記入してください) |
|---|

問い合わせ先/送付先

| | |
|---|--|
| NPO シエン・システムズ 〒103-0014東京都中央区日本橋蛸殻町2-14-3永福屋ビル3階 電話：03-3639-3515 FAX03-3639-3412 | |
|---|--|

加入者の皆様の個人情報は、法令等により開示が必要な場合を除き介護サービス遂行の目的以外には利用いたしません。