

PS-PRODUCTS 福祉用具利用申込書

FAX: 03-6659-9667

依頼日 年 月 日
 納品希望日 年 月 日

Mail: info@ps-products.co.jp

ご利用者様情報	フリガナ 名前		電話	
			携帯	
	性別	男 ・ 女	生年月日	T・S・H 年 月 日(歳)
	住所			
	介護度	申請中・支1・2・介1・2・3・4・5	生活保護	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	保険者	住所地・他()	負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割
	被保険者番号		認定日	年 月 日
認定有効期間	平成・令和 年 月 日～平成・令和 年 月 日			
介護者情報	フリガナ 名前		電話	
			携帯	
	続柄		住所	
	特記事項			

居宅介護支援事業者	事業所名			
	所在地			
	電話		FAX	
	事業所番号			
	ご担当者様名			

サービス内容	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品
	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> スロープ
	<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助杖 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト
	<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 自費ベッドセット
	<input type="checkbox"/> 特定福祉用具(品目:)
	<input type="checkbox"/> その他()

その他	<input type="checkbox"/> 身長(cm) <input type="checkbox"/> 体重(kg)
	<input type="checkbox"/> 疾患() <input type="checkbox"/> 麻痺 有(右 ・ 左) ・
	<input type="checkbox"/> かかりつけ病院: 担当医師:



事業所番号: 1370705400

〒135-0026 東京都墨田区両国3-9-6

TEL:03-6659-9666 / FAX:03-6659-9667

Mail:info@ps-products.co.jp

福祉用具担当: 掛村省吾・遠山智明

ホームページの

