

京建労共済「介護リース事業」申込書

組合員

申込日 20 年 月 日

氏名	フリガナ	組合員番号	支 部	分 会

申込者（実際に手続きをとる方の連絡先）

氏名	フリガナ	組合員との続柄	あてはまる番号に○印「2.」の場合続柄を記載してください
			1. 組合員 本人 2. 組合員 以外 ()
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・介護用品搬入先） ※分かる範囲で記入してください。

氏名	フリガナ	組合員との続柄	あてはまる番号に○印「2.」の場合続柄を記載してください
			1. 組合員 本人 2. 組合員 以外 ()
住所	〒 電話番号 () -		
(手続きをとる方と同じ場合は記入不要)			
要支援・要介護度 (○をつけてください)			
①未申請. ②申請中. ③要支援 1. ④要支援 2. ⑤要介護 1. ⑥要介護 2. ⑦要介護 3. ⑧要介護 4. ⑨要介護 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		

ケアマネージャー ※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 (給付振込手数料は自己負担となります。ご注意ください)

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		
ゆうちょ銀行	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

全京都建築労働組合 本部 総合共済 〒601-8448 京都市南区西九条豊田町3番地 TEL075-662-5321 ・ FAX075-662-5331	委託先: NPO システムズ Tel03-3639-3515 Fax03-3639-3412 事業者名(搬入元): ワークス・ユープ・センター事業団 TEL: 06-6855-0605
--	--

介護保険適用を受けて介護用品をレンタルする、自己負担分の払い戻し制度です。

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。

2012.04.01