

# レンタル依頼書

ライフデザインきらり 福祉用具 御中

平成 年 月 日

事業所番号:1170203127

住所:	〒
フリガナ	
ご利用者:	
電話番号:	

事業所名:

住所:

TEL:

FAX:

事業所番号:

ご担当者:

1	レンタル開始日	平成 年 月 日より	生活保護適用	無	有	
2	商品番号	商品名		レンタル料	数量	合計(円)
合計(円)						
3	配送先が上記と異なる場合	住所				
		氏名	電話			
第一希望:	月 日( )	立会い	”有”の場合、下記に○をつけて下さい。 (ご家族・担当者・ケアマネジャー・ヘルパー)			
	: ~ :	無 ・ 有				
第二希望:	月 日( )	配送日時確認先	事業所	ご利用者		
	: ~ :	購入品同時配送	無	有		

特記事項
------

## 弊社通信欄

初月: 半月 ・ 1ヶ月分

配送日 / 月 日 ( )

: ~ : に伺います。