

介護用品レンタルお申込用紙

ご利用者氏名	フリガナ	(要介護 2 以上が保険適用)					
		要介護度	1	2	3	4	5
送付先住所	〒						
介護者氏名	フリガナ	介護者の 電話番号					
ケアマネージャー 連絡先等 ※会社情報含む		PMC登録の ご紹介者名					
<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具	マットレス 厚型	保険適用月/900 円	保険適用外	月/9,000 円			
<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具	マットレス 薄型	保険適用月/900 円	保険適用外	月/9,000 円			
<input type="checkbox"/> 特殊寝台用付属品	マットレス	保険適用月/600 円	保険適用外	月/6,000 円			
<input type="checkbox"/> 車いす用	クッション 3層構造	保険適用月/800 円	保険適用外	月/8,000 円			
<input type="checkbox"/> 車いす用	クッション 1層構造	保険適用月/300 円	保険適用外	月/3,000 円			

全国どこでもレンタル可能 (但し 北海道・沖縄・離島は除く)

【介護保険適用 レンタル手続き手順】

- ①ケアマネージャーさんへ以下の 2 点を事前にお伝え下さい。
 - ・当製品のレンタルを希望すること
 - ・後日提携している福祉用具貸与事業所よりケアマネージャーさんへ連絡があること
- ②上記フォームにご記入後、F A X 052-914-5046 へF A Xをお願いします。
- ③提携している福祉用具貸与事業所様よりケアマネージャーさんへ連絡があります。

【お問合せ先】PMC名古屋オフィス

T E L 052-911-6504 F A X 052-914-5046

※介護用品のレンタル事業は(株)PMCのポイントには含まれませんのでご注意ください。