

福祉機器(車椅子)借用申請書

社会福祉法人

年 月 日

袋井市社会福祉協議会会長 様

申請者 住所 _____

フリガナ
氏名 _____ (印)

電話 _____

対象者との続柄 _____

福祉機器(車椅子)の貸与について、下記のとおり申請します。

なお、貸与を受けた車椅子の全部又は一部を破損もしくは紛失した場合は、速やかにその旨を申し出るとともに、このために生じた破損を賠償することを誓約します。

使用者	住 所	袋井市		車椅子No.	自・介
	氏 名		電話		
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (満 歳)			
	使用期間	年 月 日～ 年 月 日 ※1回3ヵ月以内、更新する場合は(1回のみ)最長6ヵ月			
	身体状況等	要支援・要介護(区分)・身体障害者手帳(無・有 級) 療育手帳(無・有 A/B) (使用理由)			

※社協記入欄

回 議	事務局長	参事	主幹	係長	(貸出)	(返却)
					入力口	入力口

年 月 日

様

社会福祉法人

袋井市社会福祉協議会 会長

福祉機器(車椅子)貸与許可書

下記のとおり、貸与を決定し借用を許可します。

車椅子No.	No. (自走用・介助用)
貸与期間	年 月 日 ~ 年 月 日
留意事項	<p>①貸与期間は3ヵ月以内です。引き続き貸与を希望する場合は、下記まで来所または電話により1回(3ヵ月以内)のみ更新できます。</p> <p>②車椅子は多くの方にご利用いただくものです。使用中の清潔管理には十分注意し、特に屋外での保管はしないようにお願いします。</p> <p>③破損または紛失したときは、直ちに社会福祉協議会へ報告してください。修理代または機器相当額を負担していただきます。</p> <p>④期間内でも不要になった場合は、直ちに返却してください。</p>

※上記個人情報、車椅子利用以外には使用いたしません。

【連絡先】 袋井市社会福祉協議会 本所 袋井市久能 2515-1 TEL 0538-43-3020
支所 袋井市浅名 1028 TEL 0538-23-9229