

会 長	局 長	次 長	係 長	係 長	係

# 介 護 機 器 貸 与 申 請 書

令和 年 月 日

御前崎市社会福祉協議会長 様

申請者住所

氏 名 ㊟

電 話 ( )

下記のとおり申請しますので、許可願います。

利用者氏名		男・女	年齢		申請者との関係	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生					
利用の目的	ねたきり・リハビリ・療養・旅行・一時帰宅・その他 ( )					
器具と数量	車イス	台	車イスNo.			
使用期間	自至 月 日～ 月 日まで ( 日間・ヶ月間)					
更 新	/ まで (㊟) / まで (㊟) / まで (㊟)					
返却日	令和 年 月 日	受付者				

- 貸与期間は1ヶ月以内です。
- 万一、貸与器具を破損、紛失した場合は、直ちに申し出て下さい。
- 貸与機器が不要になった時は、速やかに返還して下さい。

連絡先

〒437-1622

御前崎市白羽5402-10 (なごみ内)

御前崎市社会福祉協議会

電話0548-63-5294