

会 長	局 長	支所長	次 長	係 長	受付者

介 護 機 器 貸 与 申 請 書

令和 年 月 日

社会福祉法人御前崎市社会福祉協議会
会 長 繁 田 昇 様

申請者住所

氏 名 印

自署の場合は、押印不要

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	大・昭・平・令 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	月 日から 月 日まで（ 日間・ ヶ月間）					
更 新	/ まで（ ） / まで（ ） / まで（ ） ※（ ）内に自筆サインをご記入ください					
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、直ちに申し出てください
- ・貸与機器が不要になった時は、速やかに返還してください

連絡先

御前崎市白羽5402-10（御前崎ふれあい福祉センター内）
社会福祉法人御前崎市社会福祉協議会 電話0548-63-5294