

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 <u>1ヶ月以内</u> です ・万一、貸与器具を破損、紛失した場合は、直ちに申し出でください ・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					