

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										