

別記様式

申請	決裁印	課長	グループ

返却	決裁印	課長	グループ

澁川市社会福祉協議会長 様

機器No.

## 福祉機器利用申請書

申請日		年 月 日 ※車イス（1か月以内）は貸出日			
貸出機器		<input type="checkbox"/> 短期車イス(1か月以内) <input type="checkbox"/> 長期車イス <input type="checkbox"/> エアマット <input type="checkbox"/> 介護用ギヤシ「ベット」(マット付属なし)			
利用目的					
申請者	氏名				印
	住所		電話		
利用者	氏名			申請者	
	住所	澁川市		との続柄	
	生年月日	年 月 日 ( 歳)			
	身体状況	<input type="checkbox"/> 介護認定 (要支援1・要支援2・事業対象者・要介護1) <input type="checkbox"/> 障害者手帳 (手帳の種別: ) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
搬入	搬入先	<input type="checkbox"/> 利用者に同じ <input type="checkbox"/> その他 (下記に住所を記入)			
		住所			
	理由				
	搬入希望日	年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分			
	マットレス	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない ※マットレスは、業者レンタル (有料) となります			
受付職員	所属		氏名		

返却手続 (本会使用欄)

返却日	年 月 日 ※車イス（1か月以内）は返却日				
回収希望日	年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分				
回収先	<input type="checkbox"/> 搬入先と同じ				
	<input type="checkbox"/> 搬入先と異なる	住所			
貸出期間	～ ( 年 月間)				
短期車イス 利用料徴収	要・否	短期車イスの貸出期間が1か月を超える場合、 2,000円の利用料徴収が必要			
特記事項					
受付職員	所属		氏名		