

別記様式 1

| | | | |
|----|-----|----|------|
| 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"/> 車イス(1か月以内) <small>※延長希望の場合、別途申立書の提出要【申立日 年 月 日】</small> <input type="checkbox"/> 介護用ギヤジベッド [®] （マット付属なし） | | |
| 利用目的 | | | |
| 申請者 | 氏名 | | 電話 |
| | 住所 | | |
| 利用者 | 氏名 | | 申請者 |
| | 住所 | 澁川市 | との関係 |
| | 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 <small>※マットレスは、業者レンタル（有料）となります</small> | |
| 受付職員 | 所属 | | 氏名 |

| | | | | |
|-----------------------------|-------|----------------------------------|----|--|
| 返却 手続 （本会 使用 欄） | 返却申請日 | 年 月 日 ※車イスは返却日 | | |
| | 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） | | |
| | 特記事項 | | | |
| 受付職員 | 所属 | | 氏名 | |