

決裁印	課長	リーダー	サブリーダー	グループ

機器No.

## 福祉機器利用申請書

平成 年 月 日

澁川市社会福祉協議会長 様

申請者 住所 : 澁川市

氏名 : \_\_\_\_\_ ⑩

電話番号 : ( \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ )

福祉機器を利用したいので、下記のとおり申請いたします。

配達先	世帯主氏名			
	住所	澁川市		
	電話番号			
	納入日	1. 平成 年 月 日	2. 特になし	
利用者	氏名		申請者との 続柄	
	住所	澁川市		
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)		
	身体状況	1. 自立    2. 障害者手帳所持 (身障・療育・精神) 3. その他 ( )		
	福祉機器	1. 介護用ベッド                      2. エアマット 3. 車イス (自操用 ・ 介助用)		
	利用目的			

受取人氏名 : \_\_\_\_\_