様式第２号

NO

決裁印	課　長	リーダー	ｻﾌﾞﾘｰﾀﾞｰ	グループ

機器No.

福 祉 機 器 返 却 届 出 書

平成　　年　　月　　日

渋川市社会福祉協議会長　様

申請者　住　所　：渋川市

氏　名　：　　㊞

電話番号：（　　－　　）

福祉機器を返却したいので、下記のとおり届出いたします。

回収先	世帯主氏名			
	住　所	渋川市		
	電話番号			
	回収日	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	渋川市		
	生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日（　　歳）		
	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）		

---------- 下欄は記入しないでください。 ----------

第一次点検		作動時点検	

○受取年月日　：

○返却理由　：①介護保険該当　②入所　③入院　④死亡

⑤その他（　　）

○利用期間　：平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日　まで

○受取担当者　：氏 名＿＿＿＿＿＿＿＿