

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	