

車椅子・シルバーカー貸与申請書

対象者氏名

(身 障 老 齢 その他)

使用期間 自 令和 年 月 日

至 令和 年 月 日

(※貸し出し期間は基本的には1週間になります。申し出があれば延長可)

使用理由

上記の理由により、福祉用具貸与の申請をします。

また、貸与期間中は破損、盗難に注意し、現状維持で返却します。

現状維持で返却できない場合は相当額を弁償します。

令和 年 月 日

住 所

電話番号

申請人

社会福祉法人 大洗町社会福祉協議会

会 長 國 井 豊 殿

<延長>	車椅子No.	担当者	返却日
1.			
2.			
3.			

※ 座席シートやタイヤに泥汚れ等があった場合は、きれいに落として返却してください。

※ 使用中の保管は家屋内でお願いします。