

【様式1】

福祉用具貸出申請書

平成 年 月 日

南部町社会福祉協議会長 様

【申請者(世帯主)住所】 南部町

【氏名】

⑩

【TEL】

以下のとおり福祉用具の貸出を申請します。

対象者住所	南部町	氏名	
生年月日	T・S・H 年 月 日(歳)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
電話番号		希望開始日	平成 年 月 日
本人の 身体状況			
希望事由	返却予定日	平成 年 月 日	
	返却日	平成 年 月 日	
	受付確認者		

1回の申請で、半年までご利用が可能です。

貸出を希望する福祉用具	利用料(返却時に記入)
<input type="checkbox"/> 車椅子 (貸出No.)	<input type="checkbox"/> 無料(1ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 2,000円
<input type="checkbox"/> 介護用ベッド	<input type="checkbox"/> 無料(1ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 2,000円
<input type="checkbox"/> ベッド消毒代	<input type="checkbox"/> 5,000円
<input type="checkbox"/> マットレス消毒代	<input type="checkbox"/> 3,000円
	利用料合計 円
	領収日 平成 年 月 日
	返却確認者

【備考】

マットレスはご自宅のものでご利用可能です。

新品をご希望の場合は実費にて斡旋いたします。

社協所有の消毒済みマットレスでよろしければ、消毒代実費(3,000円)でお貸し致します。