

【様式 2】

車椅子貸出申請書

令和 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 】

Ⓜ

【 T E L 】

以下のとおり 車椅子の貸出を申請します。

利用者住所	南部町	氏名	
生年月日	年 月 日 (歳)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
電話番号		希望開始日	令和 年 月 日
本人の 身体状況			
希望事由		返却予定日	令和 年 月 日
		返 却 日	令和 年 月 日
		受付確認者	

貸出期間は原則6か月	利用料(返却時に記入)	
車椅子 (貸出No.)	<input type="checkbox"/> 無料(1ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 2,000円	
	利用料	円
	領 収 日	令和 年 月 日
	返却確認者	