

車 椅 子 利 用 申 請 書

令和 年 月 日

申請者		利用者		
住 所 (利用者)	安芸太田町	連 絡 先	TEL	
			携帯	
利用目的				
貸出に関する確認事項に <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> 貸出期間原則1か月です。(返却予定日 令和 年 月 日) ご不要になった場合は速やかにご返却ください。返却は、借出した所へ戻します。 貸出期間の延長を希望される場合は、必ず貸出した社会福祉協議会の窓口へご連絡ください。 <input type="checkbox"/> 3か月以上利用延長を希望される場合、現状把握等を行うため、利用者様宅を訪問させていただく場合があります。 <input type="checkbox"/> 車椅子利用中の事故は、自己責任です。 <input type="checkbox"/> 故障があった場合には、速やかに連絡してください。				

事務処理欄

貸 出 日	令和 年 月 日	貸 出 担 当		管理費 500 円 ／ 徴収
返 却 日	令和 年 月 日	返 却 確 認		車椅子 No.
貸 出	<input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 介護サービス課 (小規模ふれあい    通所ふれあい    ひまわり)			
備 考				

延長受付日	令和 年 月 日	受付者	
延長理由			
延長期間	令和 年 月 日 まで		
備 考			

延長受付日	令和 年 月 日	受付者	
延長理由			
延長期間	令和 年 月 日 まで		
備 考			