

車椅子貸与申請書

受付印

(宛先)
社会福祉法人一宮市社会福祉協議会会長

(No.)
年 月 日

申請者名

対象者の続柄

申請者住所

申請者電話

下記のとおり車椅子を貸与したいので、社会福祉法人一宮市社会福祉協議会車椅子貸与事業実施要綱第5条、第7条を承諾のうえ、申請します。

記

対象者	氏名		生年月日	年 月 日	
	住所	☐ 申請者と同じ			
	電話	☐ 申請者と同じ			
	障害部位	該当項目をチェック(複数可) ☐ 下肢 ☐ 体幹 ☐ 内部障害 ☐ その他 ()			
貸与期間		年 月 日 ~ 年 月 日			
使用目的		利用項目をチェック ☐ 旅行・帰省等 ☐ 行事等への参加 ☐ 通院・退院 ☐ ケガによる一時利用 ☐ その他 ()			
注意事項		・貸与期間は、1ヵ月を限度とし、期間の延長はできないものとする。(要綱第5条) ・車椅子をき損又は滅失したときは、直ちにその状況を報告し、その指示に従わなければならない。故意又は重大な過失があると認めるときは、弁償または、修理費用を負担しなければならない。(要綱第7条)			

【問い合わせ先】 一宮市社会福祉協議会 本部：0586-85-7024 / 尾西支部：0586-63-4800
木曽川支部：0586-87-2000 / 大和事務所：0586-24-6261

○職員記入欄

上記のとおり、申請がありましたので貸与してよろしいか。

課長	専任課長	支部長	課長補佐	主査	主任	係

貸与		返却		
受付者	入力	返却日	受付者	入力
		/		
車椅子No.		本・尾・木・大 No.		