

(受付印)

車椅子貸与申請書

(宛先)

社会福祉法人一宮市社会福祉協議会長

(No.)

年 月 日

申請者名

対象者
との続柄

申請者住所

申請者電話

下記のとおり車椅子の貸与を申請します。

対象者	氏名		男・女	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
	住所	□申請者に同じ				
	電話	□申請者に同じ () -				
	障害部位	下肢 (右・左)	体幹	内部障害	その他 ()	
貸与期間	年 月 日 ~ 年 月 日					
使用目的	※具体的に記入					
注意事項	貸出期間は、1カ月を限度とし、期間の延長はできないものとする。(要綱第5条) 対象者が故意又は重大な過失により、車椅子をき損・滅失したときは、弁償又は修理費用を負担しなければならない。(要綱第7条)					

職員確認欄	車椅子No.	本・尾・木・大 No.	受付	入力
	返却日	年 月 日	返却	入力