

(様式第1号)

本所決裁欄						
会長	事務局長	課長	班長	主任	副主任・課員	受付者

  

支所決裁欄			
支所長	主任	副主任・係員	受付者

福祉・介護機器貸与申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人 西海市社会福祉協議会長 様

申請者 住所 西海市 町

氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話 \_\_\_\_\_

介護機器の貸与を受けたいので、下記のとおり申請いたします。

機器名	電動ベッド	手動ベッド	車いす
利用者	氏名		
	生年月日	( 明・大・昭・平・令 ) 年 月 日生 歳	
	住所	西海市 町	
	連絡先	—	
身体状況			
利用期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで(最長3ヶ月間)		
※確認事項	必須 <input type="checkbox"/>	身体障がいなどにより、日常生活に著しく支障があります。	
	いずれか1つ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 介護保険の認定を受けていません。(申請中を含む) <input type="checkbox"/> 医療機関に入院中・または施設入所中のため、介護保険のサービスが利用できません。(一時帰宅等での利用) <input type="checkbox"/> その他特別な理由( )	

※社協処理欄 (申請者は記入しないで下さい)

貸与日	令和 年 月 日 (返却予定日: 令和 年 月 日)	担当者印	
返却日	令和 年 月 日	担当者印	
※延長申請日	令和 年 月 日	担当者印	
区分(※対象者の場合はチェック)			利用料
<input type="checkbox"/>	第4条第2項第1号対象 本会の会員		半額
<input type="checkbox"/>	第4条第2項第2号対象 生活保護世帯		半額