

介護機器貸出申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人
奥多摩町社会福祉協議会長 殿

申請者 住 所
氏 名 印
(利用者との続柄)
電 話 ()

下記のとおり介護機器貸出の申請をします。

利 用 者	住 所	奥多摩町
	氏 名	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 (歳)
	電 話	
介 護 機 器	<input type="checkbox"/> 介護ベッド <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> エアーマット	
申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 歩行が困難なため <input type="checkbox"/> 起き上がりが困難なため <input type="checkbox"/> 立ち上がりが困難なため <input type="checkbox"/> 通院のため <input type="checkbox"/> 一時帰宅するため <input type="checkbox"/> その他 ()	
貸 出 期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	

※社協記入欄

貸出年月日 令和 年 月 日
貸出決定期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

処 理				
事務局長	課長	係長	担当	受付者

受付印