

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
(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 | |
| 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 |
|-----|
| |