（様式第１号）

介 護 福 祉 用 具 貸 与 申 出 書

令和　　年　　月　　日

愛南町社会福祉協議会長　殿

申　出　者

住　　所　**愛南町**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記により、介護福祉用具を貸与されるようお願いいたします。なお、故意に破損、亡失したときは、当方において弁償します。

記

１．介護福祉用具の種類　　・車椅子

２．利用者の状況　　住　　所　**愛南町**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（ **男 ・ 女** ）

生年月日　**Ｔ・Ｓ・Ｈ**　＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日　（＿＿＿**才**）

介 護 者　氏　　名：＿＿＿＿＿＿＿＿利用者との**続柄**（＿＿＿）

介護事業所名　　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ケアマネ　事業所名：＿＿＿＿＿＿＿＿氏名:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※介護保険　・要支援１・要支援２・要介護１・申請中・申請をしていない・身体障害　　級

３．貸与を希望する**理由**

□介護申請し介護保険の方でレンタルまでの期間 □通院のため

４．**貸与期間**　　令和　　年　　月　　日～　　年　　月　　日

利用者の介護度が**要介護２以上**になった場合**返却**後、介護保険の方でレンタルをお願いします。