

(様式第1号)

# 介護福祉用具貸与申出書

平成 年 月 日

愛南町社会福祉協議会長 殿

申出者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

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 ・ ギャッジベッド ・ 車椅子

2. 利用者の状況 住 所 愛南町 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (男・女)

生年月日 M・T・S \_\_\_\_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

・ ・  ・ 車椅子で受診の場合 家から→ <input type="checkbox"/> 車 ( <input type="checkbox"/> 自家用車/ <input type="checkbox"/> タクシー/ <input type="checkbox"/> 介護タクシー/ <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> 行先 _____ 付き添い ( <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> 行先 _____
---

4. 貸与期間 平成 年 月 日 ~ 年 月 日

介護申請し介護保険の方でレンタルまでの期間

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。

社協記入欄

種 類	番 号
ベッド	
付 属 品	マット・サイドレール ・ テーブル
車椅子	
貸与年月日 (平成 年 月 日)	

	課 長	係