

(様式第1号)

車椅子貸与申請書

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

印

電話番号

下記により、車椅子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. 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 ア、要支援1 イ、要支援2 ウ、要介護1 エ、申請中
カ、身体障害 級 キ、その他 ()

2. 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

3. 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。

	課長	係

(様式第2号)

確 約 書

愛南町社会福祉協議会車椅子貸与事業により貸与を受けた車椅子使用にあたり、貸与中に発生した事故等については、当方で一切の責任を負うことを確約いたします。

令和 年 月 日

申請者 住所 愛南町 _____

氏名 _____ (印)

(利用者との続柄)

愛南町社会福祉協議会
会長 那 須 英 治 様