

福祉用具借入申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人
共和町社会福祉協議会長様

[申込者住所] 共和町

[申込者氏名] _____ 印

次により、福祉用具を貸与されるようお願いします。

※借入を希望するものに ・ で記入してください。

- | | | |
|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ベッド (電動 ・ 手動) | <input type="checkbox"/> ベッドマット | <input type="checkbox"/> ベッドサイドレール |
| <input type="checkbox"/> 車イス (自走 ・ 介助) | <input type="checkbox"/> シャワーチェア (背付 ・ 背肘付 ・ 無し) | |
| <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ (背もたれ ・ 肘掛け付 / 木製 ・ プラ) | | |
| <input type="checkbox"/> 浴槽台 (伸縮 ・ 伸縮無し) | | |
| <input type="checkbox"/> 歩行器 | <input type="checkbox"/> 松葉杖 | <input type="checkbox"/> 四点杖 |
| <input type="checkbox"/> エアーマット | <input type="checkbox"/> (| |

〈借入を希望する理由〉

〈借入を希望する期間〉 ※6か月間を期限とします。

場合により延長することも可能です。延長後も6か月間を期限とします。

〈借入〉 令和 年 月 日から 日 ・ か月

〈延長〉 令和 年 月 日から 日 ・ か月

《返却日》 令和 年 月 日 返却確認