

車椅子貸出申込書

※この車椅子を利用出来る方は、「介護保険の認定を受けていない方」、「短期間の利用の方(最長3ヶ月)」です。

粕屋町社会福祉協議会 会長様 平成 年 月 日

申込者記入欄

使用期間	月 日 ~ 月 日
使用目的	

破損・紛失の場合は実費にて精算して頂きます。

車椅子利用者氏名

車椅子申込者氏名

住 所 粕屋町 _____ 行政区 ()

電 話 番 号 _____

上記条件により車椅子の貸出を申し込みます。

貸出者記入欄

貸出日	返還日	貸出記録		車椅子 番 号
月 日	月 日	1月	月 日	
受 付	受付者名	2月	月 日	
		3月	月 日	

申込注意事項

- ・身分証明書のコピー
- ・延長の申込は電話でも可能
- ・最長3ヶ月とする
- ・最長3ヶ月間貸出後は貸出を3ヶ月中止する

連絡先

社会福祉法人 粕屋町社会福祉協議会

電話 092-938-6844 FAX 092-938-6886