

(様式第1号)

決 裁		年 月 日		
局 長				

福祉器具貸出サービス利用申込書

年 月 日

社会福祉法人
上郡町社会福祉協議会理事長 様

申込者 住 所
(自治会名) 自治会
氏 名 印
電話番号

下記のとおり、福祉器具の利用を申込みます。

記

利用 者 名	申込者との続柄 ()
福祉器具名	
利用 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日
利用 理 由	

事業3-6-3

上記福祉器具の貸出について、次の条件を付して許可します。

1. 貸出期間は6月とし、6月を超える場合は再度申請書を提出すること。6月未満の場合は電話、FAX等による連絡により期間を延長することができる。
2. 利用者は、福祉器具を適正に維持管理し、他の者に貸さないこと。
3. 利用者は、福祉器具を失ったり、壊した場合に費用を負担しなければならない。
4. 福祉用具の利用料は無料とする。なお、付属品等の交換は実費を負担していただく場合があります。
5. ベッドマットレスの消毒費用は利用者負担とする。
6. 利用者が入院及び施設へ入所した場合は、すみやかに返却すること。

年 月 日

社会福祉法人
上郡町社会福祉協議会