

福祉機器「車いす・介護ベッド」貸与申請書

社会福祉法人大野町社会福祉協議会長 様

令和 年 月 日

住所 大野町大字
氏名
電話

次の理由により「車いす・介護ベッド」を貸与されるよう申請します。

1 貸与を必要とする者

住所 大野町大字
氏名
生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

2 貸与を希望する理由

3 貸与を希望する期間

令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
〔 月間〕 「車いす・介護ベッド No. _____ 」

- ※1 介護ベッドの貸与を受ける者は、消毒料の一部負担金として、8,000円を貸与時に納入するものとする。
- ※2 車いすの貸与を受けるものは、メンテナンス費用として1ヶ月 100円の負担金を貸与時に納入するものとする。
- ※3 その他福祉機器の貸与に関しては、福祉機器貸与事業運営要綱の基づき実施する。

事務局記入欄

受付日	受付No.	貸与品No.	貸与期間	負担金
. .		車いす・介護ベッド No.	ヶ月	円
本人確認書類	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		本人確認書類番号 (_____)	