

福祉用具貸出申請書

申請日： 年 月 日

しまんと町社会福祉協議会 会長 様

下記のとおり貸し出されますようお願いいたします。

使われる方		申請者	
氏名	(男・女)	氏名	
住所	四万十町	住所	
生年月日	年 月 日(歳)	電話番号	
電話番号		続柄	

●使用される用具 (必要なものに○を付けてください)

<input type="checkbox"/>	車いす (No.)	<input type="checkbox"/>	杖(No.)	その他
<input type="checkbox"/>	ギャジベッド(No.)	<input type="checkbox"/>	松葉杖(No.)	
<input type="checkbox"/>	浴槽台	<input type="checkbox"/>	ポータブルトイレ	
<input type="checkbox"/>	バスグリップ	<input type="checkbox"/>	シャワーチェア	

●貸出しを希望する理由 (該当するものに○を付けてください)

<input type="checkbox"/>	病院からの外泊中に使用するため	<input type="checkbox"/>	福祉用具購入を前提としたお試し利用
<input type="checkbox"/>	介護保険でのレンタル適用外のため	その他の理由	
<input type="checkbox"/>	通院時に必要なため		
<input type="checkbox"/>	外出時に必要なため		

●貸出しを希望する期間

年 月 日 ~ 年 月 日

◎確認事項

- ①介護保険でのレンタルが可能の方はご遠慮ください。また、現在介護保険のレンタルが対象とならない方でも、今後適用となった場合にはご返却をお願いします。
- ②必要としなくなった場合には、すみやかにご返却ください。
- ③期限内にご返却をお願いします。やむを得ない理由で返却予定日を超過する場合には必ずご連絡ください。
- ④故意による破損・故障が生じた場合は修理代のご負担をお願いすることがあります。
- ⑤用具の運搬については原則ご本人・ご家族等をお願いします。

●返却確認欄

返却日： 年 月 日

確認者： _____

管理者	担当者	取扱者	申請者