

(様式第1号)

福祉用具借用申請書

令和 年 月 日

養老町社会福祉協議会会長 様

申請者 住所 養老町

氏名

TEL

下記のとおり、福祉用具を借用したいので申請いたします。

* 万が一、破損や損失した場合は、修繕等にかかる費用弁償をいたします。

用具名	車いす(No.)・疑似体験セット				
利用者	住所	養老町	氏名		
	生年月日		性別	男・女	申請者との続柄
借用理由					
借用期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				

* 申請者の都合による利用期間変更の場合、返金はできません。

貸出利用料	10日間まで 100円	20日間まで 200円	1か月間 300円
-------	-------------	-------------	-----------

利用料 円 受付職員名

事務局確認欄	事務局長	係 員	担当

返却届

本日、福祉用具を返却いたします。

令和 年 月 日

返却者氏名

養老町社協 受付職員名