

地域福祉用具貸与申請書

地域福祉用具貸与について次のとおり申請いたします。

申請者氏名			
利用者氏名			
貸与用具	数	貸与開始日	貸与終了日
		R 年 月 日	R 年 月 日
		R 年 月 日	R 年 月 日
		R 年 月 日	R 年 月 日
		R 年 月 日	R 年 月 日
		R 年 月 日	R 年 月 日

私は、上記福祉用具の貸与を受け、実施規程を遵守し責任をもって管理することを誓います。
なお、次の場合には貸出人に相談または返還いたします。

1. 利用者が入院した場合
2. 福祉用具が故障もしくは破損した場合
3. 福祉用具の利用期間が終了した場合
4. 利用者が福祉用具を必要としなくなった場合

令和 年 月 日

貸出人 社会福祉法人東かがわ市社会福祉協議会
会 長

TEL

申請人 東かがわ市

印