

会長	事務局長	課長	係長・所長		係

様式第1号

平成 年 月 日

社会福祉法人 本巢市社会福祉協議会長 様

申請者 住所 本巢市  
 電話番号 ( ) ー  
 氏名

㊟

福祉用具貸出申請書

次のとおり、福祉用具貸し出しの申請をします。

福祉用具名				No	
対象者	氏名	男・女		明・大・昭・平	
	住所			年 月 日	
貸出期間		平成 年 月 日～平成 年 月 日			
貸出を希望する理由				身障 手帳	有・無
備考		新規・更新			

貸出の用具に○をつけて下さい。

(単位：円)

○印	貸出用具	1～15日目 まで	16日目以降 (1ヶ月分)
	電動ベッド・マット	500	1,000
	車椅子	無料	300
	歩行器	無料	300

- ※ 1ヶ月を超える場合、15日未満は半額、16日以上は1ヶ月分の利用料で計算します。
- ※ 利用料は、3ヶ月ごとに納入通知書を送付させていただきますので、本巢市社会福祉協議会各支所窓口へお支払ください。

各支所記入欄

決定区分	決定 ・ 却下	
返却年月日	平成 年 月 日	受取者名

会長	事務局長	課長	係長・所長		係

様式第1号

社会福祉法人 本巢市社会福祉協議会長 様 申請日を記入 平成 年 月 日

住所 本巢市〇〇××番地の×  
 申請者 電話 (058) 〇〇〇-〇〇〇〇  
 氏名 本巢 太郎 ㊟

福祉用具貸出申請書

次のとおり、福祉用具貸し出しの申請をします。

福祉用具名		車椅子 電動ベッド など		No	
対象者	氏名	本巢 太郎	男・女	明・大・昭・平	
	住所	本巢市〇〇××番地の×		〇〇年〇〇月〇〇日	
貸出期間		平成〇〇年〇〇月〇〇日～ 平成〇〇年〇〇月〇〇日			
貸出を希望する理由		貸出理由を記入		身障手帳	有・無
備考		新規・更新			

貸出の用具に○をつけて下さい。

(単位：円)

○印	貸出用具	1～15日目 まで	16日目以降 (1ヶ月分)
	電動ベッド・マット	500	1,000
	車椅子	無料	300
	歩行器	無料	300

該当の項目に○をつけて下さい

- ※ 1ヶ月を超える場合、15日未満は半額、16日以上は1ヶ月分の利用料で計算します。
- ※ 利用料は、3ヶ月ごとに納入通知書を送付させていただきますので、本巢市社会福祉協議会各支所窓口へお支払いください。

各支所記入欄

決定区分	決定 ・ 却下		
返却年月日	平成 年 月 日	受取者名	