様式第２号（第３条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務局長 | 次　長 | リーダー | | | 担当 | | | 受付 |
|  |  |  | | |  | | |  |
| 車椅子借用申請書  年　　月　　日  社会福祉法人  富士見市社会福祉協議会会長　様  氏　名  住　所　富士見市  電　話  下記のとおり、車椅子を借用したいので申請します。 | | | | | | | | | | |
| 車椅子番号 |  | | | | | | | | | |
| 借用期間 | 年　　月　　日　～　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 借用する方の氏名 |  | | | | | 申請者との  関係 | |  | | |
| 使用目的 | 旅行　通院　介護保険申請中　車椅子体験  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※該当する目的に○を付けてください。 | | | | | | | | | |
| **※職員記入欄**  延長期間 | 年　　月　　日まで | | | | 受付者 | | | | 日付 | |
|  | | | |  | |
| ＜留意事項＞  (1) 借用者は、注意をもって貸し出された車椅子を維持及び管理するものとし、譲渡又は交換しないでください。  (2) 借用者は、車椅子の全部又は一部を破損した場合、直ちに当会へその状況を報告し、その指示に従ってください。  (3) 車椅子の借用期間は最長で１か月です。延長を希望する場合は、１回まで可能ですが、必ず手続きをしてください。 | | | | | | | | | | |
| ＜備考＞ | | | | | | | | | | |