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＞ |