

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>