

申請日 平成 年 月 日

社会福祉法人
平川市社会福祉協議会会長 殿

申請者住所 平川市

申請者氏名 (窓口に來られた方) 印

在宅介護機器貸付申請書

つきましては、介護機器の貸付を希望したいので、下記のとおり申請いたします。

記

借用機器 及び台数	(台)	機器No.	
【付属品 :			
利用者名		利用者との続柄	
利用者住所	平川市	利用者電話番号	
使用期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
主な使用場所	屋内 屋外 その他 ()		
利用者の身体状況	肢体不自由 常時臥床 視覚障害 聴覚障害 その他 ()		
現在かかっている 主な病気	神経痛 リウマチ 高血圧症 脳卒中 糖尿病 胃腸病 心臓病 呼吸器系の病気 白内障 その他 ()		
使用上の注意	①貸付期間は、申請を受け、社会福祉協議会が決定した日から3ヶ月とする。 ただし、状況に応じて継続の更新ができる。 ②機器の搬入・搬出は、原則として申請者及び介護者・家族が行うものとする。 ③貸付された介護機器は、丁寧に取扱い、破損および故障、またはその他の事故 が生じた場合は、速やかに社会福祉協議会会長に届け出ること。 ただし、故意による破損および故障、またはその他の事故が生じた場合は実費 により修理すること。 ④利用者が死亡または転出・入院・施設入所したときは、貸付された介護機器は 速やかに返還すること。 ⑤社会福祉協議会会長は、他の事業の目的に使用するために一時的に貸付を中断 することができる。		
※消毒料および クリーニング料金	円	※料金受領者	印
※返却年月日	平成 年 月 日	※返却確認者	印

※印は記入しないで下さい