

課長	課長補佐	管理者	担 当

(様式1)

令和 年 月 日

車椅子借用申請書

社会福祉法人清須市社会福祉協議会長 様

【申請者】

{	住 所	
	電 話	
	氏 名	

太枠内を記入してください。

利用する方の氏名			
生年月日(年齢)	明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)		
借用目的	外出・一時帰宅・帰省・その他 ()		
借用期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日		
借用期間(延長)	令和 年 月 日～令和 年 月 日		
現 況	介護保険法 又は 自立支援法	<input type="checkbox"/> 介護保険法 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 結 果 非該当 該当 (要支援1・2 / 要介護1・2・3・4・5 / 補装具費支給)	
	備 考		
車椅子番号	清洲 号車		
返 却 日	令和 年 月 日返却		
確 認	貸出時	<input type="checkbox"/> 空気 <input type="checkbox"/> ブレーキ <input type="checkbox"/> 汚れ	
	返却時	<input type="checkbox"/> 空気 <input type="checkbox"/> ブレーキ <input type="checkbox"/> 汚れ <input type="checkbox"/> 消毒	
決 裁	申込受付担当	更新受付担当	返却受付担当