

様式 1 (車椅子無料貸出要領)

事務局長	事務局職員	担当者

平成 年 月 日

車椅子利用申込書

小山町社会福祉協議会 事務局長 様

住所(所在地).....
 氏名(団体名).....
 電話番号.....
 団体等で利用の場合
 利用責任者.....

次のとおり利用したいので申し込みます。

利用者	氏名					
	性別	男・女	年齢	歳		
	(※ 下記は申込者と異なる場合のみご記入ください。)					
	住所					
	電話番号					
確認欄	<input type="checkbox"/> (1) 要介護認定を受けている。 <input type="checkbox"/> (2) 要介護認定の申請中である。 <input type="checkbox"/> (3) 上記の手続きは行っていないが、介護保険の第1号被保険者である。 <input type="checkbox"/> (4) 上記のすべてに該当しない。					
利用期間	【利用開始】	月	日	午前・午後	時頃	来所 予定
	【返却予定】	月	日	午前・午後	時頃	来所 予定
利用台数	台	※事務局記入	B3-	B3-	B3-	
			B3-	B3-	B3-	
利用目的	<input type="checkbox"/> 通院のため <input type="checkbox"/> 旅行のため <input type="checkbox"/> 福祉体験のため <input type="checkbox"/> その他 ()					
利用延長 申出受付	①	年	月	日	扱者	受付印
	②	年	月	日	扱者	
返却	年 月 日			扱者		