

事務局長	合 議	受付担当者

申 請 者	申 込 日	平成 年 月 日
	住 所	
	氏 名	印
	電 話	

車いす利用許可申請書

次の通り車椅子を利用したいので、申請します。（最長3ヶ月）

利用者氏名	
利用目的	通院 ・ 外出 ・ 室内移動 ・ その他（ ）
利用期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで
車いす番号	NO

返 却 日	平成 年 月 日	返却確認印	事務局長	返 却 取扱者
-------	----------	-------	------	---------

キリトリ

車いす利用についてのお願い

車いすNO _____

- 車いす利用期間は**3か月**を限度とします。必ず期限内に返却をお願いします。
- あなたの利用期間は、平成 年 月 日までです。
- 車いすが汚れた場合には、清掃してからご返却ください。
- 再度貸出希望の場合は、返却日の翌日以降（休日等が入る場合はそれ以降）に受付ができますが、長期的に利用される方は介護保険制度の利用や購入をご検討ください。
- 再度申込みの際も印鑑は必要となります。

お問い合わせ：益子町社会福祉協議会 TEL 70-1117