車 椅 子 利 用 申 請 書

年　　月　　日

さいたま市馬宮地区社会福祉協議会　会長　様

申請者住所

申請者氏名

電話番号

利用者とのご関係　　配偶者・親子・その他

以下のとおり、車椅子貸し出しを受けたいので申請します。

利用者氏名	□ 申請者と同じ
利用者住所	□ 申請者と同じ
貸し出し期間	年　　月　　日～　　年　　月　　日まで （　　日間　／　　ヶ月間）
使　用　目　的	通院・入院・行事に参加・旅行・外出・その他

〈貸し出しに当たっての注意事項〉

1. 車椅子の引き取り、維持、修繕及び返納に要する費用は借受者の負担になります。
2. 転貸はしないでください。
3. 貸し出しの目的以外で使用しないでください。
4. 貸出期間満了の日までに指定された場所に返納してください。

   貸出期間の延長を希望する場合は、改めて申請が必要になります。
5. 貸出期間中、車椅子の亡失、棄損がないように使用してください。
6. 申請者（利用者）の住所等が変更になった場合は速やかに連絡願います。

※※※※※※※※※※※※※※※※※※※※　事務所記入欄　※※※※※※※※※※※※※※※※※※※※

申請者本人確認欄	車椅子管理番号	貸し出し担当者	返却日	受入担当者
□健康保険証 □年金手帳 □運転免許証 □その他氏名が確認できる書面	No.		／	

馬宮地区社会福祉協議会　TEL/FAX　６２６－２７６６