

福祉器具借受申請書

社会福祉法人 伊根町社会福祉協議会

会長 一井 京一 様

(R5.6改)

使用者	住所	伊根町字	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日
	氏名		年齢				歳
	電話番号		介護認定	要介護(1. 2. 3. 4. 5) 要支援(1. 2)・認定を受けていない			
家族氏名	世帯主		続柄				
	介護者		続柄				
使用器具	〔番号に○を付けて下さい〕 1. 電動ベッド (No.) 4. マットレス (No.) 2. ベッド柵()本 (No.) 5. 車椅子 (No.) 3. テーブル (No.) 6. [] (No.)						
申請理由	<input type="checkbox"/> 寝たきりの為介護が必要 <input type="checkbox"/> 起き上がりが困難な為 <input type="checkbox"/> 歩行困難な為 <input type="checkbox"/> その他()						

上記の通り申請致します。

なお、使用している器具を一部又は全部破損した場合は、直ちに連絡しその指示に従います。

令和 年 月 日

申請者 住所 伊根町字 番地

氏名 ⑩

会長	局長	係

返却日: 令和 年 月 日