（様式１）

福 祉 用 具 貸 出 申 込 書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

大村市社会福祉協議会会長　様

申込者　団 体 名

　　　　　　　　　　　　　　　　代 表 者

　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　 　 電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　担 当 者

次のとおり福祉用具の貸出を申込みします。

借用にあたっては、物品を第３者に使用させないことはもちろん、万一事故が生じた場合は、全て使用者において解決します。また、物品に損傷が起きた場合においても責任を持って修理し、返却します。

　※貸出期間　介護福祉用具・福祉ﾚｸ用品（１か月以内）、福祉教育用具（３日以内）

|  |  |
| --- | --- |
| 貸出用具  （希望の□にレを記入） | □車イス　　　　　　　　　　　数量（　　　　　　　）台  □高齢者疑似体験用具(一般用)　数量（　　　 　　　）セット  □高齢者疑似体験用具(児童用) 数量（　　　　　　　）セット  □アイマスク　　　　　　　　　数量（　　　　　　　）個  □福祉レクリエーション用品（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 使用目的 | □介護のため（使用者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　）  □福祉教育推進のため（内容：　　　　　　　　　　　　　　）  □その他（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 使用場所 |  |
| 貸出期間 | 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 |
| 記号・番号 |  |
| 備　　　考 |  |

* 事務局記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 確認者 |  | 返却時の状況 | |
|  | 破損の有無 | 有（破損箇所　　　　　　　　　　　）　・　無 |
| 返却日 |  |