

事務局長	係長・主査	主任	主事・主事補

車イス貸与申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人上里町社会福祉協議会会長 様

住所 上里町大字
申請者 氏名
電話番号

下記により車イスを貸与されるようお願い申し上げます。

(1) 貸与を必要とする者
住所 上里町大字
氏名 (才)
生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日

(2) 貸与を希望する理由

(車イス No)

(3) 貸与を希望する期間

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

(台 数)

- * 貸与期間は、最長6ヶ月といたします。
貸与期間を過ぎましたら、社会福祉協議会まで車イスをご持参ください。
- * 病院（入院）・施設入所の場合は、ご返却をお願い致します。
- * パンク等故障にかかる修理費用はご負担願います。

(4) 返却日 令和 年 月 日

受取者