

会長	事務局長	次長	係

福祉用具使用許可申請書兼許可証

使用者の状態	車椅子：要介護2～5ではない	
--------	----------------	--

三木町社会福祉協議会会長 殿

初回 延長

使用目的	<input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 子育て <input type="checkbox"/> その他()		
使用場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> その他()		
使用期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
使用者	<input type="checkbox"/> 出産予定のため未記入	申請者との 続柄	
貸出福祉用具	品名		数量
	1	介助式車椅子	
	2	チャイルドシート	
	3	ベビーカー	
	4	ベビーベッド	

上記のとおり申請します。

年 月 日

申請者 住所 三木町大字 _____

氏名 _____

連絡先 _____

※日中に連絡がとれる連絡先(携帯・勤務先等)をご記入ください。

上記の申請について使用を許可します。

年 月 日

社会福祉法人

三木町社会福祉協議会会長

