

## 車椅子借用申請書

社会福祉法人鳥栖市社会福祉協議会 会長 様

申請者	住 所	
	氏 名	(印)
	使用者との関係	
	電話番号	

車椅子を借用したいので、次のとおり申請します。  
 なお、借用に際しては借用条項を遵守します。

使用者	住 所	鳥栖市	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	ふりがな 氏 名		
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)	
	電話番号		
	借用理由	<input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> 外出時の使用 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	借用期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	
	貸出機種	<input type="checkbox"/> 自走用 <input type="checkbox"/> 介助用	

## ※借用条項

- 借用した車椅子の管理は、使用者が責任をもって行ってください。
- 車椅子利用時の事故及び怪我等につきましては、鳥栖市社会福祉協議会は一切責任を負いません。
- 使用者の不注意により紛失・破損・盗難等で返却不能となった場合は、同種同等機能の車椅子で返却してください。
- 借用期間は1か月以内です。その後も借用を希望する場合は、都度、借用申請書を提出してください。なお、借用は借用開始から年度内合計で最長3か月です。

問い合わせ 社会福社会館 (☎0942-85-3616)

## 【社協記入欄】

返却予定日	令和 年 月 日	車椅子 No	
年度当初貸出日	令和 年 月 日	備 考	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 延長

※本書をコピーのうえ、申請者に渡してください

返却・延長日	令和 年 月 日
--------	----------

	区 分	受 付	台帳入力	担 当	館 長	総務福祉係長	事務局長
決 裁	貸出時						
	返却時						