

福祉用具借用申請書

年 月 日

社会福祉法人 坂東市社会福祉協議会長 様

【申請者】住所 _____
 氏名 _____ ⑩
 (利用者との関係 _____)
 電話 _____

下記の誓約を遵守し、福祉用具を借用します。

利用者	住所		電話	
	氏名		性別	男 ・ 女
	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 (歳)		
借用期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
(当てはまる項目に○印及び必要事項をご記入ください。)				
区分	福祉用具	利用料金	貸出期間	備考
借用品	① 車いす	無 料	1ヶ月以内	管理番号 (No.)
	② 介護用ベッド	搬入等の料金は実費負担	6ヶ月以内	
	③ エアマット	搬入等の料金は実費負担	6ヶ月以内	
健康状態	① 介護保険制度認定 (要支援: 要介護:) ② 歩行困難 ③ 寝たきり ④ 身体障害者 (障 等級: 級) ⑤ その他 ()			
利用目的	① 在宅介護 ② 介護保険申請中 ③ 通院、入退院 (病名) ④ 外出 (散歩・旅行等) ⑤ その他 ()			

***** 借用誓約 *****

- 福祉用具は貸出期間内に返却し、継続使用はいたしません。また、借用期間中は他者へ貸出・譲渡いたしません。
- 福祉用具を利用者の不注意により、紛失、破損、盗難等が発生してしまった場合、速やかに社協へ連絡し、現品の修理または、同種・同等機能の物を弁償します。
- 福祉用具の正しい使用、管理を行います。また、福祉用具の使用に伴う利用者等の怪我および他者への損害は、利用者が責任を負います。
- 介護用ベッドおよびエアマットを借用する場合、業者より福祉用具が搬入された際、上記の利用料金(利用者負担分)を現金で業者に支払います。

決 裁					貸出日	年 月 日	対応者	
事務局長	次 長	係 長	係	担 当				
					返却日	年 月 日	対応者	

貸出番号 _____ 年度 本所・支所No. _____