

介護用具貸出申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人
印西市社会福祉協議会
会長 上條 公司 様

申請者 住所
氏名
利用者との関係
電話番号 ()

福祉用具の貸出を申請します。

記

品名			
利用者	住所		
	電話番号		
	氏名		
	生年月日	年	月 日
貸出期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日		
借用理由			

- ◇電動ベッドは、無料で貸出します。但し、搬入・搬出の搬送料及び設置・撤去料として3,300円（消費税及び地方消費税の額を含む。）負担していただきます
- ◇貸出期間は、2か月以内とします
- ◇利用者の故意または重大な過失により、介護用具を破損した場合には、当該利用者にその賠償の責めを負わせることがあります
- ◇貸出期間終了後は速やかに返却してください

会長	局長	係員	係員	係員	係員	係員	担当

決済日 令和 年 月 日
受理日 令和 年 月 日
入金日 令和 年 月 日