

No _____

車 椅 子 貸 出 申 請 書

年 月 日

富岡市社会福祉協議会長 様

次により、車椅子の貸出をお願いいたします。

申 込 者	住 所	富岡市		番地
	氏 名	Ⓜ		
	電話番号			
	使用者との続柄			
使用する者	住 所	富岡市		番地
	氏 名			
	生年月日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日生 (歳)	男 ・ 女
使用する期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
車椅子を利用する理由 [通院 退院 入院 レジャー その他()]				

*介護保険を利用していますか	利用している ・ 利用していない
<input type="checkbox"/> 介護保険を利用している場合は介護度を記入してください。 (介護度 1 2 3 4 5) ※「介護2」以上の場合は担当のケアマネージャーに相談してください。	
*身体障害者手帳をお持ちですか	持っている ・ 持っていない
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳を持っている場合は、市役所福祉課障害担当者へ相談してください。	

貸出した車椅子No (No)

* 上記個人情報については、車椅子貸出関係以外には使用いたしません。