車椅子貸与申請書

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人

袖ケ浦市社会福祉協議会

会　長　　　　　　　様

申請者　住所　袖ケ浦市

電話

氏名　　　　　　　　　　㊞

私は、次のとおり車椅子の貸与について申請いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 使用者 | 住所 | |  | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | 男女 | 生年  月日 | | 年　　月　　日  （　　　歳） | | |
| 身体障害者手  帳所持の有無  帳所持の  所持の | | | | 有・無 | | 障害者等級 | | | | | 第　　　種　級 | |
| 貸与期間 | | 令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 貸与を  希望する  理由 | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 車椅子番号 | |  | | 返却日 | | 月　　日 | | | | 受取確認 | | | ㊞ |