

様式(第5条関係)

受付番号	
許可番号	

年 月 日

福祉用具使用（継続使用）申請書兼許可書

沼田市社会福祉協議会長 様

申込者 住所
氏名
電話番号
利用者との続柄

福祉用具を使用したいので、下記のとおり申請します。

記

利 用 者	氏 名 (団体・学校名)	
	住 所	沼田市
	電話番号	
貸出希望福祉用具名	(希望するものに○印を付すとともに、必要事項を記入してください。) ・ 収納式電動リクライニングベッド ・ 車椅子 (No.) ・ 高齢者疑似体験用具 (L: セット、M: セット、S: セット) ・ 点字器 (台) ・ 視聴覚障害者用疑似体験用具 (アイマスク: 枚、白杖: 本) ・ 前かがみ体験教材 (セット)	
使用理由		
貸出希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日	

上記のとおり使用を許可します。ただし、次の事項を遵守してください。

- ・ 福祉用具を丁寧に扱うこと。
- ・ 福祉用具の全部又は一部を破損及び消滅させた場合は、速やかにその状況を報告し、指示に従うこと。
- ・ 貸出期間終了後、福祉用具を必要としなくなった場合には、速やかに返還の申出を行うこと。

年 月 日

沼田市社会福祉協議会長

