

車椅子貸与申出書・車椅子返却書

令和 年 月 日

西桂町社会福祉協議会
会長 定月 秋雄 殿

申 出 者 _____ 印
申出者住所 _____
申出者電話 _____

下記のとおり、車椅子の貸与をして頂きたいと申し出ます。

◎貸与を必要とする方

氏 名 _____
住 所 西桂町 _____
生年月日 大・昭・平 年 月 日 (歳)

◎貸与を希望する理由

病院受診 ・ 外出 ・ その他

◎貸与を希望する期間(最大1ヶ月)

令和 年 月 日 から 令和 年 月 日

-----返却時、切り取りお渡しする-----

車椅子受取書

上記のとおり貸与した車椅子を、本日返却して頂きました。

令和 年 月 日

西桂町社会福祉協議会
会長 定月 秋雄 印

車椅子番号 1 . 2

-----貸与時、切り取りお渡しする-----

車椅子貸与許可書

申請がありました車椅子の貸与を、下記のとおり許可致します。

令和 年 月 日

西桂町社会福祉協議会
会長 定月 秋雄 印

◎貸与する車椅子 車椅子番号 1 . 2

◎貸与期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日