

西原町福祉機器リサイクル事業利用申込書

年 月 日

西原町社会福祉協議会会長 殿

(申請者)

住 所

氏 名

(対象者との続柄

)

電 話

下記により福祉用具の利用を申込みします。

申請用具の内容	種 類		借入希望年月日		利 用 期 間		備 考
	1	特殊 ベット (手動・電動)	年 月 日		~	年 月 日	No.
	2	エアーマット	年 月 日		~	年 月 日	No.
	3	シャワーチェア	年 月 日		~	年 月 日	No.
	4	車イス	年 月 日		~	年 月 日	No.
	5	歩行器	年 月 日		~	年 月 日	No.
	6	その他 ( )	年 月 日		~	年 月 日	
対象者の状況	氏 名			性別		生年月日	
	住 所				電 話		
	身体障害者手帳の有無		有・無	障害名			
	種別等級	種 級	習得年月日	年 月 日	主な介護者	(続柄 )	
	日常生活用具給付制度の利用			1 していない 2 利用している ( ) 3 申請中 ( )			
申込みの理由及び対象者の介護状況							