

福祉機器リサイクル事業 利用申込書

西原町社会福祉協議会 会 長 殿

申請者	(窓口に来られた方)	令和	年	月	日
氏 名	(対象者との関係)				
住 所					
電 話	()				

*太枠内を記入して下さい。

■ 下記の福祉用具の利用を申し込みます。

	種 類 (番号に○)	利用期間	番 号
申請する福祉用具	1. 車 イ ス	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	No.
	2. シャワーチェア	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	No.
	3. 歩 行 器	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	No.
	4. シルバーカー	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	No.
	5. 杖(T字・4点・松葉)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	No.
	6. ポータブルトイレ	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	No.
	7. その他 ()	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	No.

対象者の状況	氏 名		性 別		生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日(歳)	
	住 所	西原町字			電話番号	()	
	身体障害者手帳の有無		有・無	障害名			
	*障がい者(児)日常生活用具給付事業の利用		1. 利用している 2. 利用していない 3. 申請中				
	*高齢者介護保険制度の利用		1. 利用している 2. 利用していない 3. 申請中 ↳ 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)				

■ 申込の理由及び対象者の状況(該当する項目の番号に○をつける)

備考

1. 高齢、疾病、障がい等の理由で歩行が難しく、福祉用具が必要。
2. 病院受診等の移動のため、福祉用具が必要。
3. 介護保険制度の申請中のため、福祉用具が必要。
4. 自宅内、または施設内での移動のため、福祉用具が必要。
5. 転倒防止・骨折のため、福祉用具が必要。
6. 福祉用具のレンタル料が高額なため。
7. その他 ()

返却日	令和 年 月 日
-----	----------

決 裁	会長	事務局長	係長	主任	係