様式1号（要領第3条（1）関係）

車椅子番号

福祉用具等借用申請書

古河市社会福祉協議会の所有する用具を、福祉用具等貸出事業実施要綱に基づき借用いたします。太線の中をご記入ください。また該当する項目に☑してください。

申 請 日	令和　　年　　月　　日	返却予定日	令和　　年　　月　　日
申請者氏名 ※自署		連絡先 電話番号	
申請者住所	〒		
使用者氏名	□同上 歳	連絡先 電話番号	□同上
使用者住所	□同上 〒		

用　　具　　名	期　　間
□車椅子（□自走式　□介助式）	令和　　年　　月　　～　　年　　月
□介護用ベッド（□電動　□手動）	令和　　年　　月　　～　　年　　月

＊申請書に記載された個人情報は、本サービスに関する場合のみ使用いたします。

社会福祉法人　古河市社会福祉協議会長　あて

受　付	年度	備品コード	決定通知番号	確認印	事務局長	課　長	課長補佐	係 長	係	貸出者
□福祉総務課 □総和窓口 □三和窓口										

特記事項	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12 □新規 □更新中（令和　　年　　月～　　年　　月分：　　カ月×　　円＝　　円領収済） □返却時（令和　　年　　月～　　年　　月分：　　カ月×　　円＝　　円領収済）

返却・更新 年月日	□更新　□返却 令和　　年　　月　　日	確認印	事務局長	課 長	課長補佐	係 長	係	受取者
備品状態	□良　□修理必要							