

在 宅 福 祉 用 具 借 用 申 請 書

令和 年 月 日

睦沢町社会福祉協議会長 様

申請者 住 所 睦沢町 番地
氏 名 ⑩

TEL

使用者 住 所 睦沢町 番地
氏 名 ⑩

TEL

介護保険制度における要介護（要支援）認定の有無
いずれかに○ 有（介護度 ）・無

下記のとおり福祉用具を借用したいので申請いたします。

記

1. 使用用具名 ○車イス【備品No. 】
○ベッド【備品No. 】
○エアーマット【備品No. 】
○他【 】
2. 使用目的（ ）
3. 貸出年月日 令和 年 月 日 確認者印（ ）
返却予定日 令和 年 月 日
返却年月日 令和 年 月 日 確認者印（ ）

貸出用具名	納入月日	納入月日	納入月日	納入月日
納入金額	円	円	円	円
受領者印				

◎貸出しは、3か月間は無料ですが、4か月以降は有料となります。
ただし、介護保険制度において軽度者となった者は、6か月を限度とし、
利用開始月より有料となります。
返却の際は、用具の破損の点検と清掃をお願いします。