（様式第１号）

車椅子借用申請書　兼　誓約書

令和　　年　　月　　日

武豊町社会福祉協議会 会長　様

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 氏　　名 |  | 電話番号 |  |
| 住　　所 |  | | |
| □申請者と同じ | | | | |
| 使用者 | 氏　　名 |  | 電話番号 |  |
| 住　　所 | □申請者と同じ | | |
| 使　用　目　的 | | * 通院 　□ 旅行 　□ 買い物　 □ その他（　　　　　　　　） | | |

車椅子を借用したいので、以下の同意事項に同意の上、申請します。

**同意事項　　　　　☑**チェックを入れて、見落としがないか確認をお願いします。

□ 使用には十分注意し、他の人に譲渡・転貸等はしません。また、破損・紛失した場合は、

武豊町社会福祉協議会に報告し、責任をもって原型復旧します。

□ 借用期間（貸出日を含む１５日以内）を遵守します。※期間を超えての借用は有料となります

□ 借用中、負傷等の事故が発生しても責任を武豊町社会福祉協議会に求めません。

□ 返却の際は申請書　兼　誓約書を提示します。

□ 貸出時に身分証明書を提示します。

**使用手続き**

１　借用・返却の受付時間は、休業日を除き８時３０分～１７時１５分まで（水曜日は１９時１５分まで）

【休業日】　土・日曜日、祝日、年末年始（１２月２９日～１月３日）

２　借用申請の受付は、使用日の２か月前の同日からです。

職員チェック欄

車椅子No：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付担当：

貸出期間：　　　　年　　　月　　　日（　　　）から　　　月　　　日（　　　）まで

※原則１５日以内です

身分証明書の確認：□ 免許証　□ マイナンバーカード　□ 保険証

　　　　　　　　　□ 障害者手帳　□ 介護保険証　□ その他（　　　　　　　　　）

武豊町社会福祉協議会の会員：　会員　・　非会員　　※16日以上の貸出の場合は確認してください

470-2392知多郡武豊町字長尾山2番地

℡(0569)73－3104　FAX(0569)73－8377

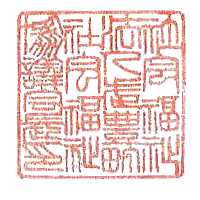
社会福祉法人 武豊町社会福祉協議会

会長　中川美知夫

返却確認者：

返却日：　　　月　　　日

**□ 背もたれポケットの確認**



コピーは申請者に渡す。原本は本会で保管する。