

(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

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。

申請者	氏名		電話番号	
	住所			
使用者	氏名		電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
使用目的	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> その他 ()			

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・転貸等はありません。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

- 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）
- 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 _____ 年 _____ 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

返却確認者 :

返却日 : _____ 月 _____ 日

背もたれポケットの確認

470-2392 知多郡武豊町字長尾山 2 番地
Tel(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

コピーは申請者に渡す。原本は本会で保管する。