

様式第1号（第5条第2項関係）

事務局長	次長	係長	係

車椅子貸出申請書

年 月 日

天理市社会福祉協議会
会長 様

住所 _____
申請者 氏名 _____
Tel () - _____
使用者との続柄 () _____

下記のとおり車椅子を使用したいので、申請します。

使用者	住 所	天理市			電話	
	氏 名		性別	男・女	年齢	歳
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生	※ 車椅子番号		No.	
貸出希望日 又は、期間		年 月 日 ~			年 月 日	
貸出しを希望 する理由						

※ は記入しないで下さい。

..... 切 取 線

※ 社会福祉協議会記入欄

様式第2号（第5条第3項関係）

年 月 日

車椅子貸出許可書

_____ 様

天理市社会福祉協議会
会長

使用者氏名		住所	天理市		
貸 出 日	年 月 日		返却予定日	年 月 日	
車椅子番号	No.		※特記事項		

【注意事項】

- ※ 貸出期間は、原則1箇月以内です。（期間内に返却できない場合は、ご連絡下さい。）
- ※ 使用中の盗難及び故障並びに破損等の費用は、使用者負担となります。
- ※ 返却の際は、この貸出許可書をお持ち下さい。

連絡先 : 天理市社会福祉協議会
天理市田井庄町723番地
電話 0743-61-2200