

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

平成 年 月 日

天理市社会福祉協議会
会長 様

住所 _____
 申請者 氏名 _____ (印)
 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 年 月 日生	※ 車椅子番号		No.	
貸出希望日 又は、期間		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
貸出しを希望する理由						

※ は記入しないで下さい。

※ 社会福祉協議会記入欄

様式第2号（第5条第3項関係）

平成 年 月 日

車椅子貸出許可書

_____ 様

天理市社会福祉協議会
会長 (印)

使用者氏名		住所	天理市		
貸出日	平成 年 月 日	返却予定日	平成 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