

# 福祉機器借用申請書

平成 年 月 日

佐用町社会福祉協議会会長 様

【申請者】 住所 佐用町  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
電話 \_\_\_\_\_

下記の誓約を遵守し、下記の福祉機器を借用します。

使用目的				
使用者	住所	佐用町	電話	—
	氏名		生年月日	年 月 日
使用期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 ( ヶ月)			
支払方法	現金・口座引落		金融機関名	
備品名	月額料金	数量	備品No.	備考
電動ベッド	500円			
手動ベッド	無料			
車椅子	100円			

## 借用誓約

- 借用機器に関して正しい使用、管理を行います。
- 使用後は、清掃を行ってから返却します。
- 機器の故障・外損等があった場合は、必ず社協へ連絡します。  
(状態によっては、使用者が責任を負います。)
- 借用期間中は、他者へは貸出・譲渡等はいたしません。

※この申請書で取得した個人情報は、福祉機器貸与事業にのみ使用します。

貸出対応者	利用料	金額
	済・未	円

返却日	返却対応者	利用料	金額
		済・未	円