

## 福祉用具貸出し申込書（有料）

令和 年 月 日

社会福祉法人 美祢市社会福祉協議会 会長 様

(申込者) 住所 美祢市

氏名

TEL

社会福祉法人美祢市社会福祉協議会福祉用具貸出し要領第5項に基づき、貸出し申込をいたします。ついては、使用注意を守り滞りなく返却いたします。

利用者名	(TEL )
福祉用具	<input type="checkbox"/> 電動ベッド (2,000 円/年) <input type="checkbox"/> 手動ベッド (1,000 円/年) <input type="checkbox"/> その他 ( )
申込理由	

## 【事務局記入欄】

回	貸出期間	金額	領収日	確認者
1	令和 年 月 日～令和 年 月 日			
2	令和 年 月 日～令和 年 月 日			
3	令和 年 月 日～令和 年 月 日			
4	令和 年 月 日～令和 年 月 日			
5	令和 年 月 日～令和 年 月 日			

返却日	令和 年 月 日	確認者	
-----	----------	-----	--