

# 福祉用具貸与申請書

令和 年 月 日

能登町社会福祉協議会長 様

\_\_\_\_\_を貸与されるようお願いいたします。

使用者	住所	能登町字	電話番号	—
	氏名		生年月日	M.T.S.H . .
申請理由	※要介護1、要支援2 要支援1 障害の等級などは必ず記入してください。			

上記のとおり福祉用具の貸与申請をします。

なお、福祉用具貸与事業を利用するにあたり、万一これに伴う事故が発生しても一切異議は申し立てません。

申請者 住 所 能登町字 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 使用者との関係 \_\_\_\_\_  
電動ベッドのマットレスは、使用後に申請者がクリーニング代を負担します。

紹介者（ケアマネジャー ・ 保健師 ・ 看護師 ・ ソーシャルワーカー）  
住 所 能登町字 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 所属 \_\_\_\_\_

※要介護2～5の状態を貸与を申請する場合は、その特別な理由を記入してください。

--

会長	事務局長	次長	課長	課長補佐	係長	係	合 議

貸出日 令和 年 月 日

返却日 令和 年 月 日