

会 長	事務局長	担 当

家庭用介護用品貸出申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人七宗町社会福祉協議会  
会長 岩田 和夫 様

家庭介護用品貸出を申請します。

1. 希望する介護用品

- |           |    |           |        |
|-----------|----|-----------|--------|
| (1) 電動ベッド | 無料 | (2) マットレス | 3,500円 |
| (3) 車椅子   | 無料 | (4) 杖・歩行器 | 無料     |
| (5) その他   |    |           |        |

2. 介護用品を必要とする者

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)

氏 名 性別 男・女

区 分 介護1以下 介護2以上 未認定 身体障がい  
その他 ( )

3. 予定貸出期間

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

4. 貸出に関する同意事項 (必ずご確認ください。)

- ◎福祉機器を損傷又は紛失した場合、利用者へ負担を求める場合がございます。
- ◎電動ベッドに関しては要介護2以上の認定者以外で必要と認めた者に限り、要介護2以上への変更があった場合は社会福祉協議会へ連絡し、ご返却ください。
- ◎車椅子、杖、歩行器は、1ヶ月を限度とします。但し、骨折、けがなどで利用する場合、診断書の提出してください。その他、やむを得ない事情で延長を希望する場合は、社会福祉協議会に事情を説明し延長の可否については会長が判断します。
- ◎入院・入所などで在宅生活でなくなった場合は返却してください。
- ◎貸出用福祉機器による事故等についての責任は、使用者及び借受者にあるものとし自らの責務により処理、解決をお願いいたします。

上記の貸出に関する同意事項を了承し同意します。  同意します

(申請者) 住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

会 長	事務局長	担 当

家庭用介護用品返却届

令和 年 月 日

社会福祉法人七宗町社会福祉協議会  
会長 岩田 和夫 様

(窓口に来られた方の住所)

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

下記の借り受けた介護用品を返却します。

1. 返却する介護用品

- (1) 電動ベッド
- (2) マットレス
- (3) 車椅子
- (4) 杖・歩行器
- (5) その他 ( )

2. 介護用品を利用していた者

氏 名

◎返却時職員確認項目

【職員氏名 : \_\_\_\_\_】

1. 破損個所の有無

- 破損なし     破損あり ( )

2. 清掃確認

- 清掃済み

3. 介護用品引取日時

令和 年 月 日 午前 ・ 午後 時 分頃