

(様式第2号)

福祉用具返却届出書

東吾妻町社会福祉協議会長 様

下記のとおり、福祉用具を返却します。

届出日	令和 年 月 日		
申請者	氏名 団体・代表者名	電話	— —
	住所	〒 —	
借用期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		
返却用具	<input type="checkbox"/> 車いす [NO.]	数量 _____	
	<input type="checkbox"/> 介護用ベッド [<input type="checkbox"/> 手動 NO.] [<input type="checkbox"/> 電動 NO.] [<input type="checkbox"/> サイドレール <input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> マットレス]	数量 _____	
	<input type="checkbox"/> 高齢者疑似体験セット	数量 _____	
	<input type="checkbox"/> その他福祉用具 []	数量 _____	
備考			
返却者	_____ (印)		

太線枠内の必要事項全てに記入又はチェック✓をしてください。

汚損・破損等の確認 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり _____			
職員氏名 _____ (印)			
事務局長	次長	係長	担当