

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 | 数量 _____ |
| | | <input type="checkbox"/> 介護用ベッド 〔 <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 | | | |

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 |
| | | / | |
| 記事 務 入局 | 車いす | NO. _____ | |
| | ベッド <input type="checkbox"/> 手動 <input type="checkbox"/> 電動 | NO. _____ | |