

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. _____	