

(様式第1 - 2号)

局長	課長	主幹	局	係

チャイルドシート等福祉機器借用（延長）申請書

令和 年 月 日受付

借 受 人	フリガナ		性別	年 齢	
	氏 名		男 ・ 女	①50歳～ ②60歳～ ③70歳～ ④80歳～ ⑤90歳～ ⑥その他（ 歳）	
	住 所	玉野市		電 話	
会 員 区 分	1 特別会員 2 普通会员 3 新規加入（特 ・ 普）				
借用を希望する福祉機器名【2】	①チャイルドシート ②ベビーベッド ③その他（ ）				
申請に係る証明書類【2】	※母子手帳と所得証明で確認（3ヵ月未満の借用期間であれば必要なし） 有 り ・ 無 し				
申 請 理 由					
借 用 期 間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日				
上記のとおり福祉機器の貸出を受けたいので申請します。					
令和 年 月 日					
申請者 住所 _____					
氏名 _____ 印					
(借受人との続柄 _____)					
電話 _____					
社会福祉法人 玉野市社会福祉協議会長 殿					
借用条件					
1 借受人は、借り受けた福祉機器を、譲渡及び、交換、転貸及び担保に供しないこと。					
2 借り受け期間中に福祉機器を損傷した場合、借受人において修理し、それに要した費用は借受人が負担すること。					
3 借り受け期間中の維持管理等は、借受人の責任において行うこと。					
4 社会福祉協議会から貸出を受けた福祉機器を使用中に事故が起きた場合、借受人が一切の責任を負うこと。					

(様式第2号)

福祉機器借用書

() を確かに借用しました。

なお、借用にあたっては、貴会の注意事項を遵守することを誓います。

令和 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ 印

社会福祉法人 玉野市社会福祉協議会長 殿