

福祉機器(チャイルドシート・ベビーベッド) 借用(延長)申請書

年 月 日受付

借受人	フリガナ		電 話				
	氏 名						
	住 所						
使用者	氏 名						
	生年月日	年	月	日	(歳)		
会員区分	<input type="checkbox"/> 特別会員 <input type="checkbox"/> 普通会员 <input type="checkbox"/> 新規加入(特 ・ 普)						
借用する福祉機器	<input type="checkbox"/> チャイルドシート(初回消毒料 1,650 円) <input type="checkbox"/> ベビーベッド						
申請理由							
借用期間	年	月	日	～	年	月	日
上記のとおり福祉機器を借用したいので申請します。							
年 月 日		申請者 氏名 _____					借受人との続柄
		住所 _____					
		電話 _____					
社会福祉法人 玉野市社会福祉協議会長 様							
【職員確認】 申請に係る証明書類		<input type="checkbox"/> 母子手帳コピー添付 <input type="checkbox"/> 所得証明書コピー添付 (非課税世帯のみ)					

【社協使用欄】

会 長	局 長	次長/課長	課長補佐/主幹	係長/主査	局	係

【借用条件】

1. 借受人は、借り受けた福祉機器を、譲渡、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

(車いす ・ 電動ベッド ・ チャイルドシート ・ ベビーベッド)

を確かに借用しました。

なお、借用にあたっては、貴会の借用条件を遵守することを誓います。

社会福祉法人 玉野市社会福祉協議会長 様

年 月 日

借受人氏名： _____

住所： _____