介護機器借用申請書

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人

多久市社会福祉協議会会長　様

住 所　多久市　　多久町

申請者

氏 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（対象者との続柄　　　　　　　　　　　）

―

電話番号

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏名 |  | 性別 | 男・女 | 生年月日 |
| Ｔ･Ｓ 年 月 日生 ( 　　 歳) |
| 電話番号 － |
| 住所 | 多久市 多久町 番地（行政区　　　　 　　　　区） |
| 借用理由 |  |
| 借用機器（該当番号に○） | (1) 車椅子　　　　　(2) 歩行器　　　　　　　(3) ベッド |
| 借　　用　　期　　間 | 令和 年 月 日　 から　 令和 年 月 日 まで |
| ※引き続き借用する場合は、介護機器借用継続申請の手続きをお願いします。**誓約書**　**このたび、上記機器を借用するにあたり、下記事項について遵守することを誓約致します。**記1. 借用機器の使用において、怪我及び損害を被っても貴法人へ一切の賠償請求は致しません。
2. 借用期間中の故障や破損については、申請者の責任において修理負担致します。
3. 借用機器は、安全に正しく使用します。

　※上記事項を誓約し、使用の必要がなくなった場合は責任をもって返却します住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |