

局長	次長	係長	担当

協事イ4-16第 号			
平成	年	月	日

平成 年 月 日

車椅子利用申込書

江戸川区社会福祉協議会会長 殿

下記の通り車椅子の利用を申し込みます。

申込者	氏名		印	電話番号	
	住所	〒 -			
利用者	氏名		申込者との関係	電話番号	
	住所	〒 -			
貸出内容	車椅子No.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8			
	期間	開始	年	月	日 ()
		返却	年	月	日 () ※1ヶ月以内です
	使用理由	骨折・高齢・介護保険申請中・その他【 】			
	使用目的	通院・通学・散歩・外出【 】・その他【 】			
使用場所	自宅周辺・病院・旅行先・その他【 】				

注意事項

- 取扱いには十分注意し、故障等が生じた場合には下記までご連絡いただき、返却の際にお申し出ください。
- 故意または目的外の使用方法による破損等については修理費を負担いただく場合があります。

連絡先：江戸川区社会福祉協議会 (5662) 5557

事務所記入欄

返却日	月	日 ()	確認者	
-----	---	-------	-----	--