

福祉器具借用申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人
河合町社会福祉協議会
会長 渡邊 八重子 様

借用者 住所
団体名
氏名 印
電話

（団体にあつては、その所在地名称及び代表者氏名）

下記のとおり福祉器具を貸出要綱に基づき、借用を申請いたします。
※ただし借用器具を損傷した場合は損害を賠償いたします。

借用日	年 月 日（曜日）～ 年 月 日（曜日）			
借用目的				
器具名 (料金)	電動ベッド	1500円	台数	台
	ポータブルトイレ	1000円	台数	台
	車椅子	500円	台数	台
	その他	500円	台数	台
	利用料			円

返却日	年 月 日
受付者印	

福祉器具借用許可書及び領収書

令和 年 月 日

様

金 円也
但し、福祉器具利用料として
上記の金額を領収いたしました

1. 借用日 令和 年 月 日（曜日）～ 令和 年 月 日（曜日）

2. 器具名

社会福祉法人
河合町社会福祉協議会
会長 渡邊 八重子

領収印