|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事務局長 | 次　　長 | 主任 | 事　務　局 |
|  |  |  |  |

**備　品　借　用　書**

１．使用目的

２．使用場所

３．貸出期間　　自　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　至　令和　　　年　　　月　　　日（返却予定日）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 使　用　品　目 | 台数 | 　　　　　　　　　 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

上記のとおり借用いたします。

令和　　　年　　　月　　　日

宇土市社会福祉協議会長　様

住　　所

氏　　名

電話番号

使用者名

※車椅子貸出しの条件（次に該当される場合は対象外となります）

1. 介護保険の認定を受けている方で、レンタル等が可能な方
2. 入院・入所などで在宅生活をされてない方
3. 貸出期間が３ケ月以上必要な方（原則）

（但し必要に応じて更新可）

※事務局記入

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 貸出者 | 受取者 | 返却年月日 | 返却条件 |
|  |  | 　　　年　　月　　日 | 　　　　　　　 |