福祉機器利用申請書（貸出決定書）

貸出希望機器　＊いずれかに○を付けて下さい　（ ~~ベッド~~ ・車イス・ ~~吸引器~~ ・~~エアーマット~~）

＊現在、車イス以外の機器貸出は行っておりませんのでご了承下さい。

平成　　年　　月　　日

社会福祉法人　小坂町社会福祉協議会

会長　　工藤　保　様

申請者　住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

福祉機器利用者の詳細と理由　＊各欄への記入と該当する箇所へ○を付けて下さい

利用者	住　　所	小坂町 連絡先（　　）
	氏　　名	（ 男 ・ 女 ）
	生年月日	大正・昭和・平成　　年　　月　　日
	病　　状	病名（　　） かかりつけ医（　　）
	介護認定	なし　・　要支援（１・２）　・　要介護（１・２・３・４・５）
	身障手帳	なし　・　あり（　　級）
	他	
	家族状況	単独世帯　・　親族世帯　・　高齢世帯　・　その他（　　）
	身体状況	起き上がり　（ 自立　・　一部介助　・　全介助 ） 寝返り　（ 自立　・　一部介助　・　全介助 ） 移動・移乗　（ 自立　・　一部介助　・　全介助 ） 歩行　（ 自立　・　杖歩行　・　つかまり　・　不可 ）
	希望理由	
	貸出期間	平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日 ＊一度の申請による貸出期間は最大６ヶ月となります。
	備　　考	貸出期間終了後も必要とみなされる場合は、引き続き貸出を継続とします。ただし介護保険の認定結果が要介護２以上となった場合は、返却していただくこととします。なお、申請書は利用の１周間前までにご提出いただき、この申請書をもって貸出決定といたします。

＊貸出機器を使用しての事故等につきまして社会福祉協議会は一切の責任を負いかねます。ご了承ください。