

様式第 1 号

受 付 欄	
受付番号	第 号

令和 年 月 日

## 車 椅 子 借 用 申 請 書

白子町社会福祉協議会  
会長 片岡 功一様

申請者 氏名 ⑩

.....

住所

.....

電話

.....

下記のとおり車椅子を借用いたしたく申請いたします。

使用者	氏 名			
	住 所			
	電 話			
貸与期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	返却予定日 (延 期)	令和 年 月 日まで	
返 却 日	令和 年 月 日	延 期 理 由	..... ..... ..... .....	
使用者 の 状 況 及 び 使 用 目 的	身障者手帳 種 級 ..... ..... .....			

様式第4号

受付番号	
------	--

令和 年 月 日

白子町社会福祉協議会  
会長 片岡 功一 様

申請者 氏名 ①

住所

電話

## 借 用 書

使用台数                      車椅子                      台

使用期間                      令和   年   月   日から

令和   年   月   日まで

上記のとおり借用いたしました。

様式第5号

受付番号	
------	--

令和 年 月 日

白子町社会福祉協議会  
会長 片岡 功一 様

申請者 氏名 ⑩

.....  
住所

.....  
電話

## 返 却 書

令和 年 月 日付け、借用いたしました車椅子を返却いたします。

\*あなたの返却予定日は、令和 年 月 日です。

\*車椅子を返却するときに、必ず白子町社会福祉協議会にお持ち  
下さい。返却書と交換に借用書をお返しします。

\*連絡先 白子町社会福祉協議会

☎ ( 3 3 - 5 7 4 6 )