

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長 様

申請者 氏名

印

住所

電話

下記のとおり車椅子（No. _____）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 | | | |
| | | | | |
| | | | | |