

(様式1)

球磨地域在宅医療サポートセンター 福祉用具貸与申込書

令和 年 月 日

住所 _____
申込者 氏名 _____
代理人 _____

貸与希望日時 (原則7日必要に応じて延長可能)	令和 年 月 日 (曜日) 午前 ・ 午後 時 分 ~ 令和 年 月 日 (曜日) 午前 ・ 午後 時 分 まで
貸与場所	患者様宅 () ・ 施設内 () その他 ()
貸与希望品目 (希望する福祉用具に○を付けてください)	1. 床固定式てすり(たちあっぷ CKA-12) 2. 床固定式てすりL字型(たちあっぷ CKA-13) 3. 天井床固定式てすり(バスポジ) 4. シャワーベンチ(レッド) 5. シャワーベンチ(ブルー) 6. 浴槽台 7. 安寿 ポータブルトイレ 8. 座楽ラフィーネ ポータブルトイレ 9. 可搬式スロープ 10. 多機能車椅子 11. 歩行器ミニ 12. ミニ平行棒 13. センサーマット(家族コール)
備考	

- 注意事項 1. 福祉用具使用により生じた怪我などについては一切の責任を負いかねますのでご了承ください。
2. 期限内での返却にご協力ください。
3. 経年劣化以外の破損について修理が必要となった場合、その費用を使用者に請求する場合があります。
4. 使用後は、清掃してから返却をお願いします。

上記注意事項を充分理解し、福祉用具貸与を希望します。

氏 名 印

確認欄	受付者		台帳入力	済 ・ 未
-----	-----	--	------	-------