|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **会　長** | **事務局長** | **専門員** | **主任主事** | **主　　事** |
|  |  |  |  |  |

平成　 　年　 月　 日

福祉用具貸与サービス利用申請書

社会福祉法人高森町社会福祉協議会会長　様

**申請者**　住　所　高森町大字　　　　　　　　番地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ

　福祉用具を利用したいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **利 用 者** | **住　　所** | **阿蘇郡高森町** |
| **氏　　名** |  | **電話番号** | 　　　－　　　　  |
| **生年月日** | Ｍ・Ｔ・Ｓ　　　年　 月　 日 |  歳 | **性 別** | 男　・　女 |
| **世帯状況** | 独居・高齢者世帯・その他 | **障がい者手帳** | 有級：（　　 ） | 無 |
| **世帯の状況** | **世帯員の氏名** | **続柄** | **性別** | **生 年 月 日** | **職　　業** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **福祉機材名** |  | **機材Ｎｏ** | Ｎｏ．　　　　　　　 |
| **利用期間** | 平成　　年　　月　　日 ～ 平成　　年　　月　　日（　　　間） |
| **緊急連絡先** | **名称または氏名** | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| **電話番号** | 　　　－　　　　　（携帯）　　　　　　　　 |
| **申請理由** |  |
| 　私は、福祉用具貸与サービス利用に際し、利用料を口座から、社会福祉法人高森町社会福祉協議会の口座へ振込（振替手続）事を承諾致します。　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　印　　　　　代理人　　　　　　　　　　　　印 |

**※ 申請理由以外に使用（譲渡、交換、貸付）しないこととします。**

**受 付 印**

**※ 許可書は申請書の写しをもってこれに代えます。**

**※ 口座振替：毎月１５日**