

年 月 日

### 加須市社会福祉協議会車椅子借用願

社会福祉法人加須市社会福祉協議会会長 様

申請者 住所  
氏名  
電話

下記のとおり車椅子を借用したいので、加須市社会福祉協議会車椅子貸出要綱第4条の規定により提出します。

#### 記

利用者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
使用目的		
借用期間	年 月 日 ～ 年 月 日（ 日間）	

※1 貸出期間は3ヶ月以内となります。延長は1回限りです。延長の場合も借用願の提出が必要です。

※2 利用期間中に車椅子を紛失し、又は毀損したときは、その程度に応じて損害額を負担していただきます。

車椅子No.	確 認 欄					
	貸 出			返 却		
	支所長	担 当	月 日	支所長	担 当	月 日
			/			/