

(様式第1号)

台帳番号No. \_\_\_\_\_

伺	事務局長	次長	課長	支所長/係長	係

## 車椅子貸与申請書

年 月 日

日光市社会福祉協議会長 様

申請者住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話 \_\_\_\_\_

(利用者との続柄 \_\_\_\_\_ )

下記のとおり、車椅子の貸与を申請いたします。

利用者	ふりがな氏名		男・女	生年月日	年 月 日
	ふりがな住所	にっこうし日光市		電話番号	

●貸与を希望する理由

貸与期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
------	---------------------

車椅子No. \_\_\_\_\_

適	否
---	---

受付者 \_\_\_\_\_ 印