

事務局長	総務課長	課長補佐	庶務係長	センター長 支所長	係

様式第1号

福祉機器借用申請書

令和 年 月 日

始良市社会福祉協議会長 殿

申請者 住 所 始良市

氏 名 (印) (使用者との続柄:)

電話番号 (- -)

携帯番号 (- -)

下記借用条件を承諾し、福祉機器を借用したいので申請します。

記

使用者

住 所 始良市

氏 名 電話番号 (- -)

機器の種類

☐ 介護ベッド及び付属品 (☐ テーブルあり ☐ テーブルなし) No. _____

☐ 車椅子 No. _____

※機器の状態 ☐ 良い ☐ 普通 ☐ 悪い (具体的な状態)

借用期間

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (最長1年:更新可)

期間延長 令和 年 月 日まで 【令和 年 月 日届】更新(1)

期間延長 令和 年 月 日まで 【令和 年 月 日届】更新(2)

期間延長 令和 年 月 日まで 【令和 年 月 日届】更新(3)

※借用条件

- 福祉機器は、使用者本人が使用するものとする。
- 介護ベッド返却に伴う消毒清掃手数料は、借用申請時に前金払とし、借用期間が複数年に渡ることにより返却時の消毒清掃手数料が前金払額より高額となった場合、返却時に差額を支払うものとする。

介護ベッド一式 13,000 円 マットレスのみ 2,000 円

前金払額 _____ 円 受領 (月 日 領収書 No. _____) ・ 未受領

- 福祉機器を使用中、破損等が生じた場合は、使用者及び申請者において責任を持ち修理すること。ただし、借用時にすでに経年劣化が確認されている場合を除く。
- 福祉機器を使用中、身体の不自由等により不測の事態が発生した場合又は健康上支障が生じた場合に対して、始良市社会福祉協議会への賠償請求は求めません。
- 福祉機器の返却、管理及び転貸の禁止については、始良市社会福祉協議会「福祉機器」貸し出しに関する要領 (裏面参照) を順守すること。

※ 連絡先 始良市社会福祉協議会
始良市宮島町 26-19
TEL 0995-65-7757

【令和 年 月 日】貸出

【令和 年 月 日】返却

社会福祉法人始良市社会福祉協議会「福祉機器」貸し出しに関する要領（抜粋）

（対象者）

第3条 福祉機器の貸し出し対象者は、始良市内に居住し、在宅において、虚弱・身体不自由・疾病等により、貸し出しが必要であると認められた者とする。ただし、その他特別な事由により会長が認めた場合は、貸し出しをすることができる。

（返却）

第6条 使用者が、次の各号に該当した場合は、福祉機器を現状に復し、速やかに返却するものとする。

- (1) 市外に転出した場合
- (2) 死亡した場合
- (3) 入所又は入院した場合
- (4) その他、会長が必要でなくなったと認めた場合

（使用料）

第7条 福祉機器の使用料は無料とする。ただし、介護ベッド及び介護ベッド付属品については、返却に伴う清掃・消毒手数料として1万3千円を前金で払うものとする。なお、福祉機器の運搬については、福祉機器の貸し出しを受けた申請者及び使用者において、責任をもって運搬するものとする。

（管理等）

第8条 使用者は、貸し出しを受けた福祉機器の管理を十分に行わなければならない。万一破損等の場合、本会は使用者から実費を徴収することができる。

（転貸の禁止）

第9条 使用者は貸し出しを受けた福祉機器を他に譲渡・転貸してはならない。