

(第1号様式)

# 福祉機器貸し出し申請書

申請日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

使用開始日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

返却予定日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

(※借用期間は、原則6か月以内です)

社会福祉法人千歳市社会福祉協議会

会長 井上 英幸 様

裏面誓約書に記載の事項を遵守し、次の福祉機器の貸し出しを申請します。

なお、配送及び消毒の必要な機器については、その料金を支払います。(裏面料金表)

|         |                               |   |
|---------|-------------------------------|---|
| 利用目的・場所 | <input type="checkbox"/> 自宅   | <input type="checkbox"/> 施設内(施設名：_____) |
|         | <input type="checkbox"/> 外出時  | <input type="checkbox"/> その他：_____      |
| 利用者身体状況 | <input type="checkbox"/> 要介護  | <input type="checkbox"/> 要支援            |
|         | <input type="checkbox"/> 歩行困難 | <input type="checkbox"/> その他：_____      |

希望する機器の右欄に、必要数をご記入ください。

| 希望機器 | 数 | 希望機器     | 数 | 希望機器  | 数 |
|------|---|----------|---|-------|---|
| 車いす  |   | 介護ベッド    |   | マットレス |   |
| 杖    |   | ポータブルトイレ |   | 歩行器   |   |
| その他： |   |          |   |       |   |

( 職員記入欄： 課税 非課税 証明書受領 )

## 【申請者】

|              |  |      |
|--------------|--|------|
| (フリガナ)<br>氏名 |  | 電話番号 |
| 住所           | 〒 _____  |      |
| 備考           | ※利用者とはご関係をご記入ください。<br><input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> その他：_____ |      |

## 【利用者】 申請者と異なる場合のみ、ご記入ください。

|              |         |      |
|--------------|---------|------|
| (フリガナ)<br>氏名 |         | 電話番号 |
| 住所           | 〒 _____ |      |

※申請書記載の個人情報は、本事業の運営管理の目的にのみ利用させていただきます。

(第2号様式)

## 誓約書

福祉機器の貸し出しを受けるにあたり、次の条件を遵守することを誓います。

- 借受物件は、善良な注意を持って管理します。
- 借受物件は、他人に譲渡したり担保に供することはいたしません。
- 借受物件を棄損又は滅失したときには、直ちに報告して指示に従います。
- 許可なく借受物件を改造したりいたしません。
- 借受物件の不良による事故以外については、異議を申し立てることはいたしません。
- 公的制度の利用が可能になった場合には、速やかに返却相談を行います。
- 貸出期間終了後、原状復帰して返却します。

利用者署名

⑨

申請者代筆

### 福祉機器リサイクル事業について

社会福祉協議会では、ご家庭で不用になった福祉機器のリサイクル事業を行っています。

千歳市に在住の身体に障害をお持ちの方や介護を要する高齢者の方で、公的給付の対象とならない方に対して一時的にお貸しすることができますので、是非ご利用ください。

なお、福祉機器の貸出期間や利用料金等については別途定めておりますので、あらかじめお確かめください。

連絡先：千歳市社会福祉協議会 千歳市東雲町1丁目11番地

TEL：0123-27-2525 FAX：0123-27-2528

### 貸出期間及び料金表

| 品名          | 期間    | 集配料(手数料) | 消毒・洗浄料      |        |
|-------------|-------|----------|-------------|--------|
| 車いす         | 6か月以内 | —        | 無料          |        |
| 介護ベッド       |       | 手動       | 上限額 12,100円 | 7,700円 |
|             |       | 電動       |             | 8,800円 |
| 介護ベッド用マットレス |       | 1,100円   | 2,200円      |        |
| ポータブルトイレ    |       | —        | 2,200円      |        |
| 歩行器         |       | —        | 無料          |        |
| エアマット       |       | —        | 上限額 8,800円  |        |
| その他         |       | —        | 無料          |        |

(税込：令和5年2月15日)

### 料金の支払い方法

ご利用料金のお支払いは、集配、消毒・洗浄消毒業者より、直接請求いたします。集配、消毒・洗浄方法によって料金が異なりますが、料金表の上限額の範囲内で実費をご負担願います。

※市民税が非課税の方は、利用者負担はありません。(証明書の提出が必要です。)