

様式第1号（第4条関係）

課長	課長補佐	係長	係
----	------	----	---

車椅子利用申請書

令和 年 月 日

刈谷市社会福祉協議会 会長

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

利用者との続柄 \_\_\_\_\_

下記のとおり、車椅子を利用したいので申請します。

なお、借り受けた車椅子に修理が必要となった場合には、本申請書に記載された私の個人に関する情報を車椅子修理業者に提供することに同意します。

記

利用椅子者	氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日
	住所	刈谷市		
利用事由				
利用期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			

介護認定等区分			
介護保険		身体障害者手帳 (肢体不自由下肢、体幹)	
<input type="checkbox"/>	要介護 5	<input type="checkbox"/>	1 級
<input type="checkbox"/>	〃 4	<input type="checkbox"/>	2 級
<input type="checkbox"/>	〃 3	<input type="checkbox"/>	3 級
<input type="checkbox"/>	〃 2	<input type="checkbox"/>	4 級
<input type="checkbox"/>	〃 1	<input type="checkbox"/>	5 級
<input type="checkbox"/>	要支援 2	<input type="checkbox"/>	6 級
<input type="checkbox"/>	〃 1	<input type="checkbox"/>	(7 級)
<input type="checkbox"/>	申請中	<input type="checkbox"/>	申請中
<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	なし

車椅子番号		
返却確認欄		
返却日	担当者	印