

社会福祉法人臼杵市社会福祉協議会  
在宅福祉活動推進機器貸出申請書  
借用書

令和 年 月 日

社会福祉法人臼杵市社会福祉協議会会長 殿

〒

申請者 住 所 臼杵市  
氏 名  
電話番号

印

1. 臼杵市社会福祉協議会在宅福祉活動推進機器を下記規程承諾の上、借受したいので申請します。

- 使用場所
- 使用者（借用者）氏名
- 使用者（借用者）の生年月日（明治・大正・昭和・平成） 年 月 日
- 備品名 電動ベッド・エアーマット・車イス・その他（ ） NO. \_\_\_\_\_
- 借用期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日（新規・更新）
- 担当ケアマネージャー
- 必要とする理由
- 減免無し・有り（高齢者世帯・障がい者・生活保護世帯）

2. 日常生活用具等貸与規程（抜粋）

|               |  |
|---------------|--|
| 貸与対象者<br>第3条  | 市内に居住する高齢者や障がい者で、この機器の貸与で自立生活機能の向上が図れると思われる人   |
| 用具の管理<br>第6条  | 利用者は、貸与された用具の慎重な取扱をお願いします。<br>1. <u>貸与期間中に発生した故障等にかかる実費は原則として利用者負担</u> となります。<br>(車イスのパンク・電動ベッドモーターの故障、その他消耗品等)  |
| 使用料<br>第7条    | 福祉機器の使用開始から2年間までは使用料を無料としますが、2年間を超えた場合には使用料を納めていただきます。(電動ベッド500円/月、その他200円/月)  |
| 使用料の免除<br>第8条 | 生活保護法の規定による <u>被保護世帯、高齢者のみの世帯、障がい者のみの世帯</u> に該当するときは <u>使用料を免除</u> します。  |
| 用具の返還<br>第10条 | 下記に該当する場合は、速やかに <u>返還</u> をお願いします。<br>1. 上記第3条の対象者に該当しなくなったとき。<br>※身体機能の向上により用具を使用しなくても自立生活が可能となったとき<br>2. この規程に違反したとき (入院・施設入所の時等)<br>3. 会長が用具の貸与が必要でないと認めるとき |

利用者の皆様へ

用具が慢性的に不足していますので、利用者皆様方のご協力をお願いします。