**福祉用具使用申込書**

　　年　　月　　日

社会福祉法人

湯梨浜町社会福祉協議会

会長　仙　賀　芳　友　様

申請者

住　所　　湯梨浜町大字

氏　名

電話番号

利用者との続柄（　　　　　　）

次のとおり福祉用具を使用したいので申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 | 湯梨浜町 |
| 利用者氏名 |  |
| 生年月日 | 明・大・昭・平成・令和　　　　年　　　月　　　日 |
| 区　　分 | 身体障害児（者）　　高齢者　　その他 |
| 使用理由 |  |
| 福祉用具の品目 |  |
| 使用期間 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 |