

介護機器貸出事業

介護機器別在庫状況表

単位:台

介護機器種別	在庫	予約	空き
介護ベッド	0	0	0
車イス	0	0	0
ポータブルトイレ	0	0	0

※作成:平成30年4月6日。更新は、概ね1か月に1回行います。

※この表は、正確な空きを保証するものではありません。必ずお電話0877-63-6310でご確認ください。

在宅介護機器貸出申請書兼同意書

善通寺市社会福祉協議会
会長 杉 峯 文 昭 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

使用者との続柄 ()

電 話 _____

使用者	住 所		氏 名	
	生年月日	M・T・S・H 年 月 日 (歳)	電 話	
身体状況等				
貸出希望機器		車椅子 (500 円/月)・ベッド (1000 円/月)・簡易トイレ (300 円/月)・その他 []		

(貸出規約)

- 対象者：在宅介護者及び身体障害者等で介護機器の貸出が必要であると認められる者。
(介護保険認定者は原則として除く。)
 - ：不慮の災害、事故及び発病等により日常生活に支障がある者。
 - ：その他、会長が特に必要があると認められる者。
- 利用者の義務：目的以外に使用してはならない。
 - ：第三者に譲渡又は貸与してはならない。
 - ：常に点検を行い事故のないよう細心の注意を払い、適正な管理を行わなければならない。
- 免責事項：利用者は介護機器を損失又は滅失した時は直ちに届けるとともに、損害額を賠償しなければならない。
 - ：利用者が介護機器の使用中に起こった事故については、利用者がその責任において処理するものとし、社協は一切の責任及び負担を負わないものとする。

上記の貸出規約に同意します。

平成 年 月 日

氏 名 _____ 印 _____