

福祉機器利用申込書

(あて先)
松山市社会福祉協議会会長

利用申込者（生計中心者）

住 所 _____

(ふりがな)

氏 名 _____ 印

生年月日 (S・H・R) 年 月 日生

電 話 _____

利用者との続柄 _____

下記により福祉機器の利用申込みいたします。

1. 利用者

氏 名 (ふりがな)	住 所	生年月日	性別
	松山市	S・H・R ・	男・女

2. 利用申込者の親族又は支援者

氏 名 (ふりがな)	住 所	電話番号	続柄

3. 生計中心者の市県民税

(1) 課税されている

(2) 非課税である

(非課税の場合は課税証明書を添付する事)

4. 申込福祉機器の種類 (□にチェック)

1	<input type="checkbox"/> 電動ベッド
2	<input type="checkbox"/> 床ずれ予防マット (セット)
3	<input type="checkbox"/> 車いす

※利用者と親族又は支援者は、変更事項（住所、電話番号、支援者の変更等や契約終了を含む）が発生した場合、必ず本会（943-6307）まで連絡をお願いいたします。