

ゆずってかーど

受付日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

ゆずってコード： _____ 番

入浴用品	トイレ用品				
入浴用チェア	ポータブルトイレ				
入浴用車いす	トイレ用簡易用手すり				
移動機器	床周り用品				
手動車いす	簡易ベッド				
介助用車いす	手動ベッド (背上げ 足上げ 上下 背足連動)				
電動車いす	1 モーター (背上げ 足上げ 上下 背足連動)				
電動三輪・四輪車	2 モーター (背上げ 足上げ 上下 背足連動)				
歩行器	3 モーター (背上げ 足上げ 上下 背足連動)				
シルバーカー	エアマット				
その他 (具体的に記入して下さい)					

申込者

氏名： _____ 住所： _____
 電話： _____ F A X： _____
 勤務先： _____ 連絡を取り _____
 携帯： _____ やすい時間 _____
 費用： 無料 ・ 有料でもいい (希望金額： _____)

利用者

氏名： _____ 男 ・ 女 年齢： _____
 住所： _____
 電話： _____ F A X： _____
 身障手帳： 有 ・ 無 等級： _____ 種 級
 手帳の記述部分： _____

この事業を知ったのは？： 区役所・保健所・新聞・知人・病院・社協・その他

事務局記入欄： (事務局で使用します)

生活の状況、使用目的
 制度 説明済み (高齢者・身障・補装具) まだ (理由) _____)
 制度利用できない理由 (_____)
 車いすセンター 紹介済み
 まだ (理由) _____)

受付者