

受付No. \_\_\_\_\_

### 福祉体験グッズ貸出申請書

平成 年 月 日

社会福祉法人神戸市垂水区社会福祉協議会 様

団 体 名 \_\_\_\_\_

代表者住所 \_\_\_\_\_

役職・氏名 \_\_\_\_\_

担当者氏名 \_\_\_\_\_

連絡先 ☎ (078) \_\_\_\_\_ - FAX(078) \_\_\_\_\_

下記のとおり福祉体験グッズの貸出を申請します。(有償・無償)

#### 記

貸出 グ ズ	高齢者 疑似体験 セット	セット (8セットまで)	大人用 セット 子供用 セット	@100円 × _____ セット = _____ 円	
	アイ マスク	枚 (50枚まで)	1枚から貸出可能	@10円 × _____ 枚 = _____ 円	
	簡易 点字板	枚 (40枚まで)	7.5cm × 20cm 点筆付き・点字用紙なし	@10円 × _____ 枚 = _____ 円	
	白 杖	本 (10本まで)	視覚障害者用・折りたたみ式 折りたたんだ状態で30cm	@50円 × _____ 枚 = _____ 円	
	車いす	台 (10台まで) 【福祉体験用車いす】		@100円 × _____ 台 = _____ 円	
※貸出期間は最大5開庁日です。ただし、申請された貸出期間を超えた場合、有償・無償に関わらず延滞料金が発生します。延滞料金は1日につき右記の各単価分を徴収致します。				合 計 _____ 円	
貸出期間	【貸出日】 年 月 日 ( ) < 時 分 受取予定 > 【返却日】 年 月 日 ( ) < 時 分 返却予定 >				
使用 目的	行事名 行事内容				
	実施日	年 月 日 ( ) : ~ :			
	実施場所				
	対象者	小・中・高 学校 _____ 年生 ( ) 名 ・ 成人 ( ) 名			
返却確認	平成 年 月 日 ( ) 返却確認者 :				

受付印

承認	部長	課長	担当	担当	担当	起案者

FAX 済 ( / : ) 担当 :  電話 済 ( / : ) 担当 :

【連絡先】 社会福祉法人神戸市垂水区社会福祉協議会  
垂水区日向1丁目5-1 垂水区役所2階  
TEL. 708-5151 FAX. 709-1332  
(直) 709-1333