

みずほ福祉助成財団 2020年度「電動車椅子」申込書

2020年 月 日

法人名称 法人代表役職・氏名	(フリガナ) _____ ⑩				
法人所在地	〒 _____	TEL _____	_____	_____	_____
法人の概要					
申込施設名称 施設代表役職・氏名	(フリガナ)				
申込施設所在地	〒 _____	TEL _____	_____	_____	_____
申込施設の種別					
申込施設の概要	施設利用者数 _____ 人 (うち車椅子利用者数 _____ 人)				
	ホームページ	有 <input type="checkbox"/>	http:// _____	無 <input type="checkbox"/>	
申込施設の車椅子保有状況	電動式 _____ 台	自走式 _____ 台			
利用者個人の車椅子保有状況	電動式 _____ 台	自走式 _____ 台			
リハビリテーション専門職	理学療法士	在 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	作業療法士	在 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	
電動車椅子の主たる用途 ①～④から一つ選択	<input type="checkbox"/> ①外出等社会参加の機会拡大 <input type="checkbox"/> ②車椅子利用者が自走式から電動式に移行するための訓練用 <input type="checkbox"/> ③入所者が所有する電動車椅子が故障した際の代替車 <input type="checkbox"/> ④その他 (_____)				
希望する車種 (いずれかに○)		標準型			リクライニング型
電動車椅子を必要とする理由 (具体的に記載すること)					
贈呈後の利用計画 (具体的に記載すること)					
	贈呈電動車椅子の想定利用人数 (⑩正味人数)				_____ 人/月間
贈呈電動車椅子の維持管理態勢 (具体的に記載すること)					
連絡責任者	役職	氏名	連絡先	TEL	
				E-mail	