みずほ福祉助成財団 202１年度「電動車椅子」申込書

2021年　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法 人 名 称  法人代表役職・氏名 | | (フリガナ)  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | |
| 法　人　所　在　地 | | 〒　　　－　　　　　　　　　　　　　TEL　　　－　　　－ | | | | | |
| 法　人　の　概　要 | |  | | | | | |
| 申込施設名称 | | (フリガナ) | | | | | |
| 申込施設所在地 | | 〒　　　－　　　　　　　　　　　　　TEL　　　－　　　－ | | | | | |
| 申込施設の種類 | |  | | | | | |
| 申込施設の概要 | |  | | | | | |
| 施設利用者数　　　　　　人　（うち車椅子利用者数　　　人） | | | | | |
| HP | http:// | |  | | |
| 施設の車椅子保有状況 | | 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 | 名 | | | 作業療法士 | 名 |
| 電動車椅子の主たる用途  ☟  ①～④から一つ選択 | | □ ①外出等社会参加の機会拡大  □ 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  □ ③入所者が所有する電動車椅子が故障した際の代替車  □ ④その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 希望車種（何れかに○） | |  | 標　準　型 | | |  | リクライニング型 |
| 電動車椅子を必要とする理由  贈呈後の利用計画 | |  | | | | | |
| 電動車椅子の想定利用人数 | | | | 人／月間 | |
| 贈呈電動車椅子の維持管理態勢 | |  | | | | | |
| 連絡責任者 | 役職 |  | | 氏名 | |  | |
| TEL |  | | E-mail | |  | |