みずほ福祉助成財団 202４年度「車椅子」申込書

公益財団法人みずほ福祉助成財団　御中

　　当財団は、反社会的勢力とは一切関わりがないことを宣言します。

　　　　202４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 |
| 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訓練用のデモ機、購入前の試乗用（仮合わせ） □ ③入所者が所有する車椅子が故障した際の代替車、予備車 □ ④その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 希望車種（何れかに○）　　　(電動式1台または自走式2台) | 電動式 |  | 自走式(標準) |  | 自走式(ﾃｨﾙﾄ&ﾘｸﾗｲﾆﾝｸﾞ) |  |
| 車椅子を必要とする理由贈呈後の利用計画 |  |
| 車椅子の想定利用人数　　　　 | 人／月間 |
| 車椅子の維持管理態勢 |  |
| 連絡責任者 | 役職 |  | 氏名 |  |
| TEL |  | E-mail |  |