四国中央市社会福祉協議会福祉用具リサイクル事業（受付・調整カード）

令和　　年　　月　　日

【申込区分】　Ａ－　　　：譲りたい人（提供者）　Ｂ－　　　：譲ってほしい人（希望者）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込者 | 住　　所 |  | | 電　　話 |  |
| 氏　　名 |  | | 代理人 | （続柄　　　） |
| 品　名 | 種　　類 | | | 備考（Ａは現状、Ｂは希望等） | |
| □車椅子 | ◇自走式（ﾊﾝﾄﾞﾙﾌﾞﾚｰｷ有・無） | | 新・古（　年） | |
| ◇介護専用車 | | 新・古（　年） | |
| ◇電動車 | | 新・古（　年） | |
| ◇ | | 新・古（　年） | |
| □ベッド | ◇電動式（ﾏｯﾄﾚｽ有・無） | | 新・古（　年） | |
| ◇手動式（ﾏｯﾄﾚｽ有・無） | | 新・古（　年） | |
| ◇固定式（ﾏｯﾄﾚｽ有・無） | | 新・古（　年） | |
| ◇ | | 新・古（　年） | |
| □歩行器 |  | | 新・古（　年） | |
| □その他 |  | | 新・古（　年） | |
| 摘　要 | ※Ａ特徴、修理の必要性、消毒等　　※Ｂその他の希望等 | | | | |
| マッチング結果（終了確認欄） | | | | | |
| Ａの方の場合／終了連絡受済⇒□Ａ□Ｂ | | | Ｂの方の場合／終了連絡受済⇒□Ａ□Ｂ | | |
| 受領者番号：　Ｂ－  引渡日：　　　年　　月　　日 | | | 提供者番号：　Ａ－  受領日：　　　年　　月　　日 | | |

（注）※一品目１シートの受付とする

* 終了

①情報の掲載期間は、社協だより・ホームページで原則３ヶ月です（場合によっては延長可）

②提供者、希望者双方での相談については、共に誠実な対応で行って下さい。

③福祉用具の保管は、譲り先が決まるまで、提供者のお宅で保管をお願いします。

④いかなる場合であっても、金品の授受は発生しないものとします。

⑤受け渡しに発生する費用（運搬、修理、消毒等）は希望者の負担とします。

⑥営利目的での利用はご遠慮下さい。

⑦利用できるのは、四国中央市在住の方に限ります。

⑧提供者・希望者は、相談が成立し受け渡しが終了した時点で、社協へ終了の連絡をお願いします。

⑨受け渡し及び利用に関して生じた損害について、本会では責任を負いませんのでご了承下さい。