付表１０

特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売事業者の指定に係る記載事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事　業　所 | フリガナ | ○×カイゴサービス申請書（様式第1号）裏面で記載した同一の所在地、連絡先を記入。 |
| 名　称 | 　○×介護サービス |
| 所在地 | （郵便番号５４０－××××）大阪市中央区○○町一丁目○番○号□ビル５階　　　　　　　　　　　　　　　　　（ビルの場合は、名称、部屋番号を記入） |
| 連絡先 | 電話番号 | ××－××××－×××× | ＦＡＸ番号 | ××－××××－×××× |
| 実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等の条文 | 　　第　××　条第　×　項第　×　号 |
| 　管　理　者 | フリガナ | 　○△　　×□ | 住所・連絡先 | （郵便番号５４０－××××）管理者の自宅を記入　大阪市中央区○○町一丁目○番○号 |
| 氏　名 | ○△　×□ |
| 生年月日 | 昭和○○年○月○日生 | 電話番号 | 00－0000－0000 | FAX番号 | 00－0000－0000 |
| 他の職務との兼務の状況（兼務がある場合のみ記入） |
|  | 当該特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売事業所内での他の職務との兼務 | 職種 |  |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の職務との兼務 | 事業所又は施設の名称及び事業又は施設の種類 | （福祉用具貸与、介護予防福祉用具貸与の管理者兼務する場合）　○×介護サービス①福祉用具貸与、②介護予防福祉用具貸与 |
| 兼務する職種及び勤務時間 | ①～②管理者（9:00-18:00）８時間勤務／日 |
| 利用者の推定数 | 30人 | （前年度の平均値、新規の場合は予測される数を記入） |
| 従　　業　　者 |  | 専門相談員 | 管理者、その他職員は除くこと。 |
| 専従 | 兼務 |
| 常　勤（人） |  | ２ |
| 非常勤（人） |  | ０ |
| 常勤換算後の人数（人） | ２．０ |
| 主な掲示事項 | 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | その他年間の休日 | 12/30-1/3,8/13-8/15 |
|  | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |  |  |
| 営業時間 | 平日 | 9:00 | ～ | 18:00 | 土曜 |  | ～ |  | 日・祝 |  | ～ |  |
| 備考 |
| 取り扱う種目(該当に○) | 腰掛便座 | ○ | 自動排泄処理装置の交換可能部品 | ○ | 排泄予測支援機器 | ○ |
| 入浴補助用具 | ○ | 簡易浴槽 | ○ | 移動用リフトのつり具の部分 | 〇 |
| 販売費用の額 | 運営規程に定めるとおり |
| その他の費用 | 運営規程に定めるとおり |
| 通常の事業実施地域 | ①中央区 | ②北区 | ③淀川区運営規程の記載内容と一致させてください | ④ | ⑤ |
| 備考 |  |

備考　記入欄が不足する場合は、別に記入した書類を添付すること。