

付表10

(表)

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														
	名称														
	所在地	(郵便番号 —)													
	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 —)									
	氏名					電話番号			FAX番号						
	生年月日				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の兼務する職種及び勤務時間												
	利用者 の 推 定 数		人			(前年度の平均値、新規の場合は予測される数を記入)									
従業員	専 門 相 談 員		専 従		兼 務										
			専 従		兼 務										
	常 勤 (人)														
	非 常 勤 (人)														
常勤換算後の人数(人)															
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				
	営 業 時 間	平日	～			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					
	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	②			③			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。

(裏)

添付書類

- 1 申請者の登記事項証明書又は条例等の写し
- 2 事業所の平面図及び設備の概要を記載した書類
- 3 運営規程
- 4 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書類
- 5 当該申請に係る事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類
- 6 介護保険法第70条第2項各号又は第115条の2第2項各号に該当しないことを誓約する書類
- 7 その他指定に関し知事が必要と認める事項を記載した書類