

付表 12 特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ													
	名称													
	所在地	(郵便番号 - )		県		郡市								
		-----												
連絡先	電話番号					FAX 番号								
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文						第	条第	項第	号					
管理者	フリガナ				(郵便番号 - )									
	氏名													
	生年月日				住所									
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)													
同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼 務(兼務の場合記入)	名称													
	兼務する職種 及び勤務時間等		-----											
従業者の職種・員数			専門相談員											
			専 従					兼 務						
			常 勤(人)											
			非常勤(人)											
			常勤換算後の人数(人)											
			基準上の必要人数(人)											
適合の可否														
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		腰掛便座						特殊尿器			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		法定代理受領分(一割負担分)											
			法定代理受領分以外											
その他の費用														
通常の事業実施地域														
		備考												
添付書類		別添のとおり												

備考

- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 4 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。