

付表11

福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	ふりがな																		
	名称																		
	所在地	(郵便番号 —)																	
		県	郡					市											
	連絡先	電話番号						FAX番号											
メールアドレス																			
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いる条例等														第	条	第	項	第	号
管理者	ふりがな						住所	(郵便番号 —)											
	氏名																		
	生年月日																		
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)																		
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合のみ記入)		事業所等名称																
		兼務する職種及び勤務時間等																	
従業者	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																			
主な揭示事項	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	車いす						車いす付属品						特殊寝台					
		特殊寝台付属品						床ずれ防止用具						体位変換器					
		手すり						スロープ						歩行器					
		歩行補助つえ						認知症老人はいかい感知機器						移動用リフト					
		自動排せつ処理装置						その他											
	利用料		法定代理受領分																
		法定代理受領分以外																	
その他の費用																			
通常の事業実施地域		①	②			③			④			⑤							
		備考																	
添付資料		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 「主な揭示事項」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 なお、「専門相談員」のうち、都道府県知事が同等以上の講習を受けたと認める者に当たる者がいる場合には、当該者については、「講習会のカリキュラムと修了を証する書類の写し」を添付してください。