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。