

(表)

福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与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)														
	当該福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与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												
		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	専任		専従		兼務										
			常勤(人)		非常勤(人)										
	常勤換算後の人数(人)														
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(該当に○)	車椅子				車椅子付属品				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				認知症老人徘徊感知機器				移動用リフト					
		自動排泄処理装置				その他									
	利用料	法定代理受領分					運営規程に定めるとおり								
法定代理受領分以外					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。  
(裏面に続く。)