

別紙 12 特定福祉用具販売事業者・特定介護予防福祉用具販売事業者の指定に係る審査事項

※受付番号												
事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 -)										
		(ビルの名称等)										
直通連絡先	直通電話番号					FAX番号						
	E-mail											
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)				生年月日		
	氏名											
	当該福祉用具販売事業所等で兼務する他の職種											
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設		事業所等の名称		兼務する職種及びその職種に従事する時間等							
従業者の職種及び員数		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												
利用者の推定数 (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		
		平日	時分から時分まで			土曜	時分から時分まで		日曜又は祝日	時分から時分まで		
	営業時間	(備考)										
取り扱う種目 (該当する欄に○を記入してください。)	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												
その他の費用												
通常の事業の実施地域	①	②			③			④			⑤	
	(備考)											

- 注1 ※印の欄は、記入しないこと。
- 2 専門相談員のうち、都道府県知事が指定した講習会と同程度以上の講習を受けたと知事が認める者に当たる者がいる場合は、当該講習のカリキュラム及び修了を証する書類の写しを添付すること。
- 3 次に掲げる書類を添付すること。
- (1) 申請者の登記事項証明書又は条例等
 - (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者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類
 - (6) 介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）第114条第1項第10号に規定する誓約書
 - (7) 当該指定居宅サービス又は指定介護予防サービス以外のサービスを実施しようとするときは、当該指定居宅サービス又は指定介護予防サービスに係る部分とそれ以外のサービスに係る部分の料金の状況が分かる料金表
- 4 用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。