

付表 1 2

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	○×カイゴサービス														
	名称	○×介護サービス														
	所在地	(郵便番号 540-XXXX) 大阪市中央区〇〇町一丁目〇番〇号□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-XXXX) 大阪市中央区〇〇町一丁目〇番〇号 管理者の自宅を記入											
	氏名	○△ ×□			電話番号	00-0000-0000		FAX番号	00-0000-0000							
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日生		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の兼務する職種及び勤務時間		(訪問介護、介護予防訪問介護の管理者兼務をする場合) ○×介護サービス ①訪問介護、②介護予防訪問介護 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)										
従業員	専任相談員		専任		兼務		管理者、その他職員は除くこと。									
			常勤(人)		1											
	非常勤(人)		1		1											
	常勤換算後の人数(人)		2.0													
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		12/30-1/3, 8/13-8/15			
			平日	9:00 ~ 18:00		土曜	~		日・祝	~						
	営業時間		備考													
			車いす		○		車いす付属品		○		特殊寝台		○			
	取り扱う種目(該当に○)		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大阪市中央区			②大阪市北区			③			④			⑤		
		運営規程の記載内容と一致させてください														

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。