

事前提出資料

介護予防福祉用具貸与

事業所名	
指定番号	

作成者 _____ 印

_____ 印

_____ 印

作成日 平成 年 月 日

管理者確認欄（署名）	印
------------	---

介護予防福祉用具貸与

法人の名称			
法人の所在地	〒		
連絡先	TEL Eメール	Fax	
代表者職名		代表者氏名	

事業所番号		指定年月日	年 月 日
事業所の名称			
所在地	〒		
連絡先	TEL Eメール	Fax	
同一敷地内にある他の施設等			
営業日		営業時間	

1. 管理者

管理者氏名		他の施設等との兼務	有 無
他の職務との兼務	有 無	兼務している他施設の名称とその職務	

2. 従業者の人数

	福祉用具専門相談員	
	専 従	兼 務
常 勤		
非常勤		

3. 月間の利用者の数（直近のものを記入）

	月分	月分	月分
	人数	人数	人数
要支援1	()	()	()
要支援2	()	()	()
合計	()	()	()

4. 事務室等の面積や設備状況

事務室	m ²	他の事業所との事務所の共有	有 無
他の事務所との共有が有る場合	共用する事務所の名称		
相談受付スペース	m ²		

消毒の状況	自社消毒	一部委託	全部委託
委託先名称（委託の場合）			
保管庫の面積 （自社消毒の場合）	m ² （うち消毒及び補修済み福祉用具保管庫 （うちそれ以外の福祉用具保管庫		m ² m ² ）
福祉用具貸与の 保管及び消毒に 必要な設備、器 材 （自社消毒の場合）			

5. 取り扱う種目に○を記入してください。

車いす	車いす付属品	特殊寝台
特殊寝台付属品	床ずれ予防用具	立位変換器
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		

6. 利用料について

(1) 利用料（本人負担額）はどのように徴収しているか。

毎回徴収している 月締めで徴収している その他

入金方法： 現金 銀行等振込み 口座振替え その他

(2) その他の利用料としてはどのようなものを徴収しているか。

7. 苦情処理に対して、担当者の配置など体制を整えているか。

苦情処理担当職員の氏名	
” の資格	
苦情処理件数（過去1年間）	件

8. 加算の状況

特別地域加算	有	無
中山間地域等における 小規模事業所加算	有	無
中山間地域等に居住する 者へのサービス提供加算	有	無

役員等名簿（申請者が法人の場合）

(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	郵便番号・住所	
	役職名・呼称	TEL	FAX
()	年 月 日	〒	
		TEL ()	FAX ()
()	年 月 日	〒	
		TEL ()	FAX ()
()	年 月 日	〒	
		TEL ()	FAX ()
()	年 月 日	〒	
		TEL ()	FAX ()
()	年 月 日	〒	
		TEL ()	FAX ()
()	年 月 日	〒	
		TEL ()	FAX ()
()	年 月 日	〒	
		TEL ()	FAX ()
()	年 月 日	〒	
		TEL ()	FAX ()
()	年 月 日	〒	
	管理者	TEL ()	FAX ()

備考 1 当該法人の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同様以上の支配力を有するものと認められる者を含む。）又はその事業所を管理する者その他の政令で定める使用人を含む。

※ 事業所の管理者も必ず記載してください。

2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けるなどして記載してください。