

事前提出資料

特定介護予防福祉用具販売

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
------------	---

介護予防特定福祉用具販売

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		

5. 販売する特定介護予防福祉用具の機能、安全性、衛生状態等の点検方法を具体的に記入してください。（事業所備え付けの点検マニュアル等の添付に替えても差し支えありません。）

6. 取り扱う種目に○を記入してください。

腰掛便座		自動排泄装置の交換可能部品		入浴補助用具	
簡易浴槽		移動用リフトのつり具の部分			

7. 購入費について

(1) 購入費はどのように徴収しているか。

購入時現金 銀行等振込み 口座振替え その他

8. 利用者に交付する書類等は何を交付しているか。

9. 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)	

特定介護予防福祉用具販売実績

年 月分 (直近の1ヶ月について記入)

事業所名

氏 名	種 目	購入に要した費用 (円)	通常の実施地域以外で販売を行う場合の交通費 (円)	合 計 (円)
合 計				

特定介護予防福祉用具販売事業従業者一覧

職 種	氏 名	兼務している職種	資 格	常勤・非常勤の別

注) 「兼務している職種」には、貴事業所と一体となっている特定福祉用具販売事業所は記入する必要はありません。

役員等名簿（申請者が法人の場合）

(ふりがな)	生 年 月 日	郵便番号・住所	
氏 名	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。