

(様式第1号)

特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売事業所報告対象外申告書

年 月 日

大阪府指定情報公表センター長 (総括責任者) 様

法人名 _____

代表者名 _____

担当者名 _____

電話番号 _____

次のとおり、介護保険法施行規則第140条の44第1号に掲げる基準に該当することを申告します。

事業所番号		
事業所名称		
事業所所在地		
特定福祉用具販売	指定年月日	年 月 日
	年 月～年 月に販売の対価として支払いを受けた額	円
特定介護予防福祉用具販売	指定年月日	年 月 日
	年 月～年 月に販売の対価として支払いを受けた額	円

上記事業所について、自ら介護サービス情報の公表を希望する場合には、にチェックを入れてください。

上記事業所について、介護サービス情報の公表を希望します。

福祉用具貸与(介護予防福祉用具貸与)を一体的に運営している場合は、事業所番号及び事業所名称を下欄に記載してください。

事業所番号	
福祉用具貸与事業所名称	
介護予防福祉用具貸与の指定の有無	有 ・ 無