**（様式第２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**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

　　大阪市指定情報公表センター長　（総括責任者）様

|  |  |
| --- | --- |
| 申告者名 |  |
| 代表者名 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当者名 | ㊞ |

サービスの対価として支払いを受けた金額が100万円以下であるため、次のとおり、介護保険法施行規則第140条の44に規定する介護サービス情報の公表の対象とならない（□特定福祉用具販売 ・□特定介護予防福祉用具販売）事業所として申告します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業者番号 |  | | | | | | |
| 特定福祉用具販売事業所 | 名称 | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | |
| 指定年月日 | 平成・令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 令和　 年　月～令和　年　月に 販売の対価として支払いを受けた額 |  | | | | | | 円 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業者番号 |  | | | | | | |
| 特定介護予防福祉用具販売  事業所 | 名称 | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | |
| 指定年月日 | 平成・令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 令和　年　月～令和　年　月に 販売の対価として支払いを受けた額 |  | | | | | | 円 |

（公表を希望する場合）

○介護サービス情報の公表の対象外であることを申告した事業所について、自ら公表を希望する場合には、

以下の□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。**

（参考）

○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、事業者番号及び事業所名称を下欄に記載すること。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者番号 |  |
| 福祉用具貸与事業所 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者番号 |  |
| 介護予防福祉用具貸与事業所 |  |