

(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 _____ (印)
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	