**（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 |

堺市指定情報公表センター長　（総括責任者）殿

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | 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 |
| 特定  **介護予防**  福祉用具 販売 | 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 |

○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、事業者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 |