

福島市重度障がい者等日常生活用具業者指定申請書

年 月 日

福島市福祉事務所長 様

事業者等名称

所在地

代表者

電話（FAX）

福島市重度障がい者等日常生活用具給付等事業における業者として指定の申請をします。

記

1 業者等名（事業所名）

2 所在地

3 代表者

4 電話（FAX）

5 取扱品目（別紙取扱品目一覧）

申請に必要な書類（提出前に再確認してください）

- 福島市重度障がい者等日常生活用具給付業者指定申請書（本紙）
- 福島市重度障がい者等日常生活用具業者指定調査票 - ①・②
- 事業の経歴書
- 誓約書
- 事業所等所在地略図
- 【法人の場合】登記簿謄本原本1部（申請日から3箇月以内のもの）
- 【個人の場合】代表者の住民票抄本原本1部（申請日から3箇月以内のもの）
- 営業に関する証明書の写し（営業するにあたり許可、認可等を受けている場合に添付）

福島市重度障がい者等日常生活用具業者指定調査票 ー ①

福島市健康福祉部障がい福祉課

事業者等の 名称		代表者 職氏名	
事業所等 所在地	〒 ー 電話 () FAX ()		
取扱品目	<p>下記の中から取扱いを希望される品目を選んで○で囲んでください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 特殊寝台 ・ 特殊マット ・ 特殊尿器 ・ 入浴担架 ・ 体位変換器 ・ 移動用リフト ・ 訓練いす ・ 入浴補助用具 ・ 便器 ・ T字状、棒状のつえ ・ 移動、移乗支援用具 ・ 頭部保護帽 ・ 特殊便器 ・ 火災警報器 ・ 自動消火器 ・ 電磁調理器 ・ 歩行時間延長信号機用小型送信機 ・ 聴覚障害者用屋内信号装置 ・ 透析液加温器 ・ ネブライザー ・ 電気式たん吸引器 ・ 酸素ボンベ運搬車 ・ 盲人用体温計（音声式） ・ 盲人用体重計（音声式） ・ 動脈血中酸素飽和度測定器 ・ 携帯用会話補助装置 ・ 情報、通信支援用具 ・ 点字ディスプレイ ・ 点字器 ・ 点字タイプライター ・ 視覚障害者用ポータブルレコーダー ・ 視覚障害者用活字文書読上げ装置 ・ 視覚障害者用拡大読書器 ・ 盲人用時計 ・ 聴覚障害者用通信装置 ・ 聴覚障害者用情報受信装置 ・ 人工喉頭 ・ 点字図書 ・ 地デジ放送が聞けるラジオ ・ ストーマ用装具（消化器系） ・ ストーマ用装具（尿路系） ・ 紙おむつ ・ 収尿器 ・ 居宅生活動作補助用具（住宅改修） 		
	<p>福島市において補装具の代理受領に関する委託契約の締結を</p> <p><input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない</p>		

福島市重度障がい者等日常生活用具業者指定調査票－ ②

福島市健康福祉部障がい福祉課

営 業 年 数	創 業	年 月	組 織 変 更 (個人営業→法人組織等へ)		年 月
	転廃休業	年 月から 年 月まで	営業年数	年 箇月	
営 業 内 容					
市内の支店、ショールーム等の営業所の有無	有 ・ 無		(有の場合は、所在地・電話番号等を記入してください。)		
管 理 責 任 者 及 び 従 業 者	責任者氏名				
	従業員数	管 理 職	人		
		事 務 員	人		
		機器選定相談員	人		
		営 業 ・ 配 達	人		
		そ の 他	人		
	総 人 数	人			
他 市 と の 契 約 状 況 及 び 取 引 先	<p>◇ 他市町村と日常生活用具給付に関する契約等について</p> <p><input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない</p> <p>※ している場合は、下欄に市町村名を記入してください。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <p>◇ 取引先の状況（病院・施設等）</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>				

誓 約 書

福島市重度障がい者等日常生活用具給付等事業実施要綱に基づく日常生活用具業者として福島市より指定された場合は、一切の規定を遵守し、誠実にその業務を遂行することを誓約します。

年 月 日

福島市福祉事務所長 様

事業者等名

所在地

代表者

事業所等所在地略図



※ 住宅地図のコピー添付でも可。地図上の事業所等の位置に印をつけてください。