|  |
| --- |
|  　　事前提出資料特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売 |
|  |  事業所名 |  |  |
|  事業所番号 |  |
|  作成者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 作成日　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
|  |  管理者確認欄（署名） 印 |  |
|  |

特定福祉用具販売

|  |  |
| --- | --- |
|  法人の名称 |  |
|  法人の所在地 | 〒 |
|  連　絡　先 |  ℡ Fax Eﾒｰﾙ |
|  代表者職名 |  |  代表者氏名 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  事業所番号 |  |  指定年月日 |  　年 月　日 |
|  事業所の名称 |  |
|  所　在　地 | 〒 |
|  連　絡　先 |  ℡ Fax Eﾒｰﾙ |
|  同一敷地内にある他の施設等 |  |
|  営業日 |  |  営業時間 |  |

１．管理者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  管理者氏名 |  | 他の施設等との兼務 |  有　　　　無 |
|  他の職務との兼務 |  　 有 無 | 兼務している他施設の名称とその職務 |  |

２．従業者の人数

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  福祉用具専門相談員 |  |
| 専　　従 | 兼　　務 |
| 常　勤 |  |  |
| 非常勤 |  |  |

３．月間の利用者の数 （直近の月から６ヶ月分を記入）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （特定福祉用具販売） |  月分 |  月分 |  月分 |
| 人数 | 人数 | 人数 |
| 要支援１ |  |  |  |
| 要支援２ |  |  |  |
| 要介護１ |  |  |  |
| 要介護２ |  |  |  |
| 要介護３ |  |  |  |
| 要介護４ |  |  |  |
| 要介護５ |  |  |  |
|  合　計 |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （特定福祉用具販売） |  月分 |  月分 |  月分 |
| 人数 | 人数 | 人数 |
| 要支援１ |  |  |  |
| 要支援２ |  |  |  |
| 要介護１ |  |  |  |
| 要介護２ |  |  |  |
| 要介護３ |  |  |  |
| 要介護４ |  |  |  |
| 要介護５ |  |  |  |
|  合　計 |  |  |  |

４．事務室等の面積や設備状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  事務室 |  ㎡ |  他の事業所との事務所の共有 |  有 無 |
|  他の事務所との共用が有る 場合 |  共用する事務所の名称 |
|  相談受付スペース |  ㎡ |

５　販売する特定福祉用具の機能、安全性、衛生状態等の点検方法を具体的に記入して

　ください。（事業所備え付けの点検マニュアル等の添付に替えても差し支えありませ　　ん。）

６．取り扱う種目に○を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 腰掛便座 |  | 自動排泄処理装置の交換可能部品 |  | 排泄予測支援機器 |  |
| 入浴補助用具 |  | 簡易浴槽 |  |  移動用リフトのつり具部分 |  |

７．購入費について

 (1) 購入費はどのように徴収しているか。

入金方法：　購入時現金　　銀行等振込み　　口座振替え　　その他

８．利用者に交付する書類等は何を交付しているか。

９．苦情処理に対して、担当者の配置など体制を整えているか。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  苦情処理担当職員の氏名 |  |  |
|  〃 の資格 |  |
|  苦情処理件数（過去１年間） |  件 |

 注）苦情処理件数は指定後の件数を記入してください。

 １０.特定福祉用具販売事業従業者一覧

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  職　　種 |  氏　　名 |  兼務している職種 |  資 格 |  常勤・非常勤の別 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 注）「兼務している職種」には、貴事業所と一体となっている特定介護予防福祉用具販売事業所を記載する

必要はありません。