日常生活用具業者届出書

年 月 日

(宛先) 旭 川 市 長

所在地 旭川市〇〇通〇〇丁目〇番〇号

事業者名称 株式会社 〇〇〇〇

(電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)

代表者氏名 代表取締役社長 〇〇 〇〇

旭川市日常生活用具給付事業に係る事業者の届出等に関する要綱第2条第1項に基づき届出ます。

注) 事業者が同じ場合でも、各事業所（支店等）ごとに届出が必要になります。

フリガナ	<u>カブシカイヤ 〇〇〇〇 △△シヅ</u>			
事業所名称	<u>株式会社 〇〇〇〇 △△支店</u>			
フリガナ	<u>シヅョウ △△ △△</u>			
代表者の氏名 (事業所)	<u>支店長 △△ △△</u>			
事業所の所在地	<u>(〒△△△-△△△△) 旭川市△△通△△丁目△△番△△号</u>			
連絡先	電話番号	<u>△△△△-△△-△△△△</u>	FAX 番号	<u>△△△△-△△-△△△△</u>
取扱い用具	裏面のとおり			

(裏面あり)

日常生活用具業者変更届出書

年 月 日

(宛先) 旭川市長

所在地 旭川市〇〇通〇〇丁目事業者名称 株式会社 〇〇〇〇代表者氏名 代表取締役社長 〇〇 〇〇

届出内容の変更があったので、旭川市日常生活用具給付事業に係る事業者の届出等に関する要綱第3条第1項に基づき届出ます。

変更事項	変更前	変更後	変更日
事業所名称	<u>△△支店</u>	<u>□□事業所</u>	令和〇年〇月〇日 ※届出書の提出 日としてくださ い。
代表者名	<u>支店長 △△ △△</u>	<u>事業所長 □□ □□</u>	
品目追加		<u>人工内耳用イヤモールド</u>	

取扱用具の変更の場合は、裏面に記入してください。

(裏面あり)

取扱用具種目一覧表

記載例

介護訓練支援用具	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	
	訓練用ベッド	
自立生活支援用具	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(オーダーメイド)	
	頭部保護帽(レディメイド)	
	特殊便器	
	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	
	電子式歩行補助具	
	音声ICタグレコーダー	
	聴覚障害者用屋内信号装置	
	簡易着脱性足部保温カバー	
暗所視支援眼鏡	○	
在宅療養等支援用具	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	
	視覚障害者用体温計(音声式)	
	視覚障害者用体重計	
	動脈血中酸素飽和度測定器(パルスオキシメーター)	

	携帯用会話補助装置	
	情報・通信支援用具	
取扱種目として登録する種目の右欄に「○」を記入してください。		
情報・意思疎通支援用具	視覚障害者用ポータブルレコーダー	
	視覚障害者用音声コード読み上げ装置	
	視覚障害者用音声コード読み上げ補助アダプタ	
	視覚障害者用拡大読書器	○
	視覚障害者用時計	
	聴覚障害者用通信装置(FAX)	
	聴覚障害者用通信装置(テレビ電話)	
	聴覚障害者用情報受信装置	
	人工喉頭	
	視覚障害者用地デジ対応ラジオ	
	音声色彩判別・識別装置	
	人工内耳用イヤモールド	
排泄管理支援用具	ストーマ装具	
	紙おむつ等	
	収尿器	
住宅改修費	居宅生活動作補助用具	

取扱種目の右欄に○を記入してください。

日常生活用具業者業務(廃止・休止・再開)届出書

年 月 日

(宛先) 旭川市長

所在地 旭川市〇〇通〇〇丁目

事業者名称 株式会社 〇〇〇〇

代表者氏名 代表取締役社長 〇〇 〇〇

該当するものを○で囲んでください。

業務の(○廃止・休止・再開)をしたいので、旭川市日常生活用具給付事業に係る事業者の届出等に関する要綱第3条第2項に基づき届出ます。

事業所の名称

株式会社 〇〇〇〇 △△支店

事業所の所在地

旭川市△△通△△丁目

注) 事業者が同じ場合でも、各事業所(支店等)ごとに届出が必要になります。

廃止・休止・再開の年月日

△年 △月 △△日

休止の場合は休止期間

年 月 日 ~ 年 月 日

理由

福祉用具の取扱いを終了したため。 等