

日常生活用具業者届出書

年 月 日

（宛先）旭 川 市 長

所 在 地

事業者名称

（電話番号 ）

代表者氏名

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。

フリガナ			
事業所名称			
フリガナ			
代表者の氏名 （事業所）			
事業所の所在地	（〒 - ）		
連絡先	電話番号		FAX番号
取扱用具	裏面のとおり		

（裏面あり）

様式第1号, 様式第2号(裏面)

取扱用具種目一覧表

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)	

情報・意思疎通支援用具	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	
排泄管理支援用具	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	
	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。