

() 福祉用具貸与
 () 介護予防福祉用具貸与 に係る記載事項

管理者	(フリガナ) 氏名			(フリガナ) 住所	(郵便番号 —)							
	生年月日											
	当該事業所で兼務する場合			兼務する職務								
	同一敷地内にある他の事業所、施設等で兼務する場合			事業所、施設等の名称								
			兼務する職務 及び勤務時間等									
事業開始時の利用者の推定数			人									
従業者	区 分		福祉用具専門相談員		/							
			専従	兼務								
	常 勤 (人)											
	非 常 勤 (人)											
	常勤換算後の人数 (人)											
	※基準上の必要人数 (人)											
※適合の可否												
主な 掲 示 事 項	営 業 日	日	月	火	水	木	金	土	祝	そ の 他 年 間 の 休 日		
	営 業 時 間	平日	～		土曜	～		日曜日・祝日	～			
		備考										
	取 扱 う 種 目	車いす			車いす付属品			特殊寝台				
		特殊寝台付属品			床ずれ防止用具			体位変換器				
		手すり			スロープ			歩行器				
		歩行補助つえ			認知症老人徘徊感知機器			移動用リフト				
		自動排泄処理装置										
	利 用 料	法定代理受領分										
		法定代理受領分以外										
そ の 他 の 費 用												
通 常 の 事 業 の 実 施 地 域	①	②		③		④		⑤				
	備考											

注 ※欄は記入しないこと。