

様式第 7 （第 1 2 条関係）

受付番号	
------	--

地域生活支援指定事業者申請書

年 月 日

（あて先）北名古屋市長

事業者	所在地 名称 代表者氏名				
	印				
事業所	フリガナ				
	名称				
	事務所の所在地	〒			
	連絡先	電話 () - ファクシミリ () - e-mail @			
	代表者の役職名・氏名	役職名		氏名	
事業項目	☐ 相談支援事業		☐ 日常生活用具給付事業		
	☐ 訪問入浴サービス事業		☐ 生活サポート事業		
	☐ 移動支援事業	☐ 個別支援型 ☐ グループ支援型			
	☐ 地域活動支援センター事業	☐ 入浴加算	型 式		
		☐ 送迎加算	☐ 基本型 ☐ I 型 ☐ II 型 ☐ III 型		
	☐ 日中一時支援事業	☐ 入浴加算	対象者		
主な 揭示 事項	事業項目				
	営業日				
	営業時間				
	サービス 提供時間				
	苦情解決	窓口（連絡先）		担当者	

主 な 掲 示 事 項	事業項目		
	営業日		
	営業時間		
	サービス 提供時間		
	苦情解決	窓口(連絡先)	担当者

※ 事業項目ごとに内容が違う場合は、別々で記入してください。

添付書類

- (1) 登記簿謄本又は登記事項証明書（個人事業主の場合は、住民票の写し）
- (2) 定款
- (3) 事業所の平面図及び面積の分かるもの
- (4) 事業所の設備の概要
- (5) 利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要
- (6) 当該申請に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態（資格の必要な事業については、資格内容の分かる物を添付すること。）
- (7) 当該申請に係る事業資産の状況
- (8) 損害賠償保険加入に関する証書の写し
- (9) 前各号に掲げるもののほか、申請に関し市長が必要と認める事項
- (10) 移動支援事業、生活サポート事業及び日中一時支援事業については、愛知県又は名古屋市の指定登録（介護給付）又は市の基準該当を行っている事業所のみ（指定決定通知・登録決定通知を添付）
- (11) 日常生活用具給付取扱い種目一覧表

※ 日常生活用具給付事業を申請する事業者は、上記(1)、(2)、(9)、(11)のみ、提出してください。

別添

日常生活用具給付取扱い種目一覧表

業者名：

種 目		取扱種目		取扱種目
介護・訓練 支援用具	特殊寝台		体位変換器	
	特殊マット		移動用リフト	
	特殊尿器		訓練いす	
	入浴担架		訓練用ベッド	
自立生活 支援用具	入浴補助用具		火災警報器	
	便器		自動消火器	
	T字状・棒状のつえ		電磁調理器	
	移動・移乗支援用具		頭部保護帽	
	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	
	特殊便器			
在宅療養等 支援用具	透析液加温器		酸素ボンベ運搬車	
	ネブライザー（吸入器）		盲人用体温計（音声式）	
	電気式たん吸引器		盲人用体重計	
	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		視覚障害者用拡大読書器	
	情報・通信支援用具		盲人用時計	
	点字ディスプレイ		聴覚障害者用通信装置	
	点字器		聴覚障害者用情報受信装置	
	点字タイプライター		人工喉頭	
	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	
	点字図書			
排泄管理 支援用具	ストーマ装具		収尿器	
	紙おむつ等（紙おむつ、 脱脂綿等、洗腸用具）			
住宅改修費	居宅生活動作補助用具			

※ 取扱い品目欄に○印を付してください。