

別紙 1

介護保険福祉用具購入費及び住宅改修費に係る受領委任払い取扱事業者業務概要書

項目	内容	
営業の形態	法人 ・ 個人	
事業所所在地	〒 —	
フリガナ 事業所名称		
フリガナ 代表者氏名 及び職名		
電話番号	() —	
F A X 番号	() —	
業務概要	従業員数	従業員数 _____ 名 (うち、福祉用具専門相談員 _____ 人 福祉用具プランナー _____ 人 建築士 1 級 _____ 人 建築士 2 級 _____ 人 福祉住環境コーディネーター 1 級 _____ 人 福祉住環境コーディネーター 2 級 _____ 人)
	営業時間	: ~ :
	休業日	
	業務区域	

※福祉用具を取り扱う場合は、2名以上の福祉用具専門相談員の配置が必要となりますので、資格証（介護保険法施行令第4条第1項に基づく資格）の写しを添付してください。また、福祉用具プランナー、建築士1・2級、福祉住環境コーディネーター1・2級の資格がある場合は、資格証の写しを添付してください