京都市重度心身障害児者日常生活用具給付事業及び

京都市高齢者福祉措置実施要綱に係る委託業者申請書

年　　月　　日

京都市長様

名称

所在地

代表者

電話（FAX）

京都市重度心身障害児者日常生活用具給付要綱及び京都市高齢者福祉措置実施要綱に基づく日常生活用具の給付委託業者として契約願いたく申請します。

記

１　業者名

２　所在地

３　代表者

４　電話（FAX）

５　取扱品目　　別紙のとおり

申請に必要な書類（□をチェックして、必要書類を再確認してください）

☐　日常生活用具給付委託業者申請書（本紙）

日常生活用具給付委託業者調査票 － ①

☐　営業に関する証明書の写し（営業するに当たり許可、認可等を受けている場合に添付）

☐　【法人の場合】登記簿謄本原本１部（申請日から３箇月以内のもの）

☐　誓約書（京都市暴力団排除条例関係）

☐　補装具・日常生活用具に関する支払口座振込依頼書

☐　会社所在地略図

☐　委任状（支店長名での申請など、代表者名以外で申請する場合に添付）

☐　【個人の場合】代表者の身分証明書１部（申請日から３箇月以内のもの）

☐　誓約書

☐　日常生活用具給付委託業者調査票　－　①・②

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会社等の  名称 |  | | | 代表者  職氏名 | |  | | |
| 会社等  所在地 | 〒 －  電話 （ ）  FAX （ ） | | | | | | | |
| 京都市と補装具費の代理受領契約の締結を □ している  　　 □ していない | | | | | | | | |
| 取扱品目（下記から希望するものに○を付けてください。） | | | | | | | | |
| 【介護訓練支援用具】 | | | 【自立生活支援用具】 | | | | 【在宅療養等支援用具】 | |
| 特殊寝台 | |  | 入浴補助用具 | |  | | 透析液加温器 |  |
| 特殊マット | |  | 便器 | |  | | ネブライザー |  |
| じょくそう防止マット | |  | T字状・棒状のつえ | |  | | 電気式たん吸引器 |  |
| 特殊尿器 | |  | 歩行支援用具 | |  | | 酸素ボンベ運搬車 |  |
| 入浴担架 | |  | 頭部保護帽 | |  | | 視覚障害者用体温計  （音声式） |  |
| 体位変換器 | |  | 特殊便器 | |  | |
| 移動用リフト | |  | 火災警報器 | |  | | 視覚障害者用体重計 |  |
| 訓練いす（児のみ） | |  | 自動消火器 | |  | | 動脈血中酸素飽和度測定器  （パルスオキシメーター） |  |
| 訓練用ベッド | |  | 電磁調理器 | |  | |
|  | | | 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 | |  | |

（裏面に続く）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 取扱品目（続き） | | | | | |
| 【情報意思疎通支援用具】 | | | | 【排泄管理支援用具】 | |
| 携帯用会話補助装置 |  | 視覚障害者用拡大読書器 |  | ストーマ装具（消化器系） |  |
| 点字ディスプレイ |  | 視覚障害者用音声読書器 |  | ストーマ装具（尿路系） |  |
| 点字器 |  | 視覚障害者用時計 |  | 紙おむつ |  |
| 点字タイプライター |  | 聴覚障害者用通信装置 |  | 収尿器 |  |
| 視覚障害者用  ポータブルレコーダー |  | 聴覚障害者用情報受信装置 |  | 【居宅生活動作補助用具】 | |
| 情報・通信支援用具 |  | 居宅生活動作補助用具  （住宅改修費） |  |
| 視覚障害者用  活字文書読上げ装置 |  | 人工咽頭 |  |
|  | | | |

日常生活用具給付委託業者調査票－ ②

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 営業年数 | 創業 | 年　　月 | | | 組織変更  （個人営業→法人組織等へ） | | | 年　　　月 |
| 転廃  休業 | 年　　月から  年　　月まで | | | 営業年数 | | 年　　　箇月 | |
| 営業内容 |  | | | | | | | |
| 市内の支店、ショールーム等の営業所の有無 | 有　・　無 | | | （有の場合は、所在地・電話番号等を記入してください。） | | | | |
|  | | | | | | | |
| 管理責任者  及び従業者 | 責任者氏名 | | | | |  | | |
| 従業員数 | | 管理職 | | | 人 | | |
| 事務員 | | | 人 | | |
| 機器選定相談員 | | | 人 | | |
| 営業・配達 | | | 人 | | |
| その他 | | | 人 | | |
| 総人数 | | | 人 | | |
| 他都市との  契約状況  及び取引先 | * 他都市と日常生活用具給付委託契約を締結   ☐　している　　　　☐　していない   * している場合は、都市名を記入してください。 * 取引先の状況（病院・施設等） | | | | | | | |

（裏面）

事業所概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所所在地 | 〒 | | |
| 事業所建物等の概要 | 建物の状況 | 構造 | 木造・鉄筋・鉄筋コンクリート  その他（　　　　　　　　　　　） |
| 階数 | 平屋・（　　　）階建ての（　　　）階に所在 |
| 事業所面積 | 総面積　　　　　　　　　　　　　㎡  （うち事業所面積　　　　　　　　㎡） | |
| 事業所平面図 | ※ 必ず寸法を記入してください（別紙でも可）  北 | | |
|  | | | |

誓約書

京都市重度心身障害児者日常生活用具給付要綱及び京都市高齢者福祉措置実施要綱に基づく日常生活用具の給付委託業者として委託契約された場合は、契約書に基づく一切の規定を遵守し、誠実にその業務を遂行することを誓約します。

年　　月　　日

京都市長様

名称

所在地

代表者

会社所在地略図

北

* 住宅地図のコピー添付でも可。地図上の店舗位置に印をつけてください。