

様式1

岡崎市家族介護用品給付事業 おむつ等販売事業者登録申請書

令和 年 月 日

(宛先) 岡崎市長

(申請者) 住所又は所在地

商号又は名称

(フリガナ)

代表者

職・氏名

担当者氏名

電話番号

岡崎市家族介護用品給付事業におけるおむつ販売事業者の登録を受けたいので、岡崎市家族介護用品給付事業実施要綱第19条第2項の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 助成券を取り扱う事業所（店舗）

所在地	〒 - <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
名称 (屋号)	(フリガナ) <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
電話番号※	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	FAX番号※

※ 利用者が問い合わせをする場合の電話・FAX番号を記入

2 その他、事業所（店舗）情報

(1) 販売におけるサービスについてお答えください。 (該当する□に✓を記入)		
① 介護用の紙おむつ等を個人向けに販売していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
② 利用者が希望する商品の取り寄せは可能ですか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
③ 利用者が希望する場合、自宅等への配達はしていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(2) 休業日を下欄に記入してください。		
〈例〉 土・日・祝日、GW5/3～5/6、年末年始12/29～1/3		

誓 約 書

(宛先) 岡 崎 市 長

私は、岡崎市家族介護用品給付事業（以下「本事業」という。）のおむつ等販売事業者登録を受けたうえは、本事業を実施するにあたって、下記の事項を固く守ります。

記

- 本事業の目的を理解し、要介護者の福祉向上に努めます。
- 岡崎市家族介護用品給付事業実施要綱に規定された事項を順守します。
- 岡崎市家族介護用品給付事業実施要綱の規定に反し、市又は利用者に損害を与えた場合は、その一部又は全部を返還します。

令和 年 月 日

住所又は所在地

商号又は名称

代表者

職・氏名