

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 8 年 2 月 20 日

(宛先) 岡崎市長

申請者の情報を契約先の名義とします。次のとおり記入してください。

【法人の場合】

実際に契約をする本社、支社又は団体等の名義で記入してください。(店舗が直接契約する場合は店舗の名義)

※ フランチャイズ等の店舗情報ではありません。

【個人事業の場合】

商号又は名称は、屋号がある場合は屋号を、ない場合は事業主の名前を記入してください。

※ フランチャイズの店舗名は記入しないでください。

住所又は所在地 岡崎市十王町二丁目 9 番地

又は名称 ○○株式会社

(フリガナ) ダイョウトリマリヤク ヤッキョク タロウ

代 表 者 代表取締役 薬局 太郎
職 ・ 氏 名

担 当 者 氏 名 担当 花子

電 話 番 号 0564-23-6147

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
条第 2 項の規定によ

記

事業所(店舗)の情報を利用者等へ案内します。

実際に業務を行う事業所(店舗)の情報を記入してください。

※ フランチャイズの場合、フランチャイズの店舗情報を記入します。

1 助成券を取り扱う事業所(店舗)

| | | | |
|------------|--|--------|--------------|
| 所在地 | 〒 444 - 8545 岡崎市若宮町 2 丁目 1-1 | | |
| | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | | |
| 名称 (屋号) | (フリガナ) オカザ キヤッキョク オカザ キシテン 長寿薬局 岡崎店 | | |
| | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | | |
| 電話番号※ | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ | FAX番号※ | 0564-23-6520 |

申請者と情報が同じ場合は、
「☐申請者と同じ」に✓してください。
※ 所在地、名称欄も同じ

※ 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ③ 利用者が希望する場合、自宅等への配達をしていますか。 | <input checked="" 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 土曜日、日曜日、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

- 1 本事業の目的を理解し、要介護者の福祉向上に努めます。
- 2 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。
- 3 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 8 年 2 月 20 日

申請書に記入した申請者の
情報を記入してください。

住所又は所在地 岡崎市十王町二丁目9番地

商号又は名称 ○○株式会社

代 表 者
職 ・ 氏 名 代表取締役 薬局 太郎