

第 17 号様式（第 31 条関係）

指定日常生活用具給付等事業者指定申請書

年 月 日

（宛先）春日井市長

所在地
事業者 名称
代表者氏名

次のとおり指定日常生活用具給付等事業者に係る指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

フリガナ			
事業所名称			
フリガナ			
代表者の氏名 （事業所）			
事業所の所在地	（〒 - ）		
連絡先	電話番号		FAX 番号
取り扱う 日常生活用具 の種目 (取扱をする種目 の左に○印を記 入してください) *裏面あり	特殊寝台	特殊マット	特殊尿器
	入浴担架	体位変換器	移動用リフト
	訓練いす	訓練用ベッド	入浴補助用具
	便器	T字状・棒状のつ え	移動・移乗支援用 具
	頭部保護帽	特殊便器	火災警報器
	自動消火器	電磁調理器	歩行時間延長信号 機用小型送信機

<p>取り扱う日常生活用具の種目 (取扱をする種目の左に○印を記入してください)</p>	聴覚障害者用屋内信号装置		透析液加温器		ネブライザー
	電気式たん吸引器		酸素ボンベ運搬車		視覚障害者用体温計(音声式)
	視覚障害者用体重計		動脈血中酸素飽和度測定器(パルスオキシメーター)		人工鼻
	携帯用会話補助装置		情報・通信支援用具		点字ディスプレイ
	点字器		点字タイプライター		視覚障害者用ポータブルレコーダー
	音声ICタグレコーダー		視覚障害者用活字文書読上げ装置		視覚障害者用拡大読書器
	視覚障害者用時計		聴覚障害者用通信装置		聴覚障害者用情報受信装置
	人工喉頭		点字図書		人工内耳用電池
	人工内耳用充電器		人工内耳体外装置		ストーマ装具
	紙おむつ等		収尿器		居宅生活動作補助用具(住宅改修)
	視覚障害者用地デジ対応ラジオ		携帯用信号装置		療育支援用具
	紫外線カットクリーム		視覚障害者生活支援用具		暗所視支援眼鏡
	音声色彩判別装置		人工呼吸器用バッテリー		自家発電機
外部バッテリーまたはポータブル電源					