様式第1号（第3条関係）

日常生活用具業者指定申請書

年　　月　　日

（あて先）那珂川市福祉事務所長

　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　氏　名

那珂川市障害者等日常生活用具給付事業実施要綱に基づく日常生活用具給付のための業者として、下記のとおり指定していただきたく申請します。

記

１．名　　称

２．

３．取扱品目　　（別紙参照）

４．添付書類

（１）誓約書

（２）事業所概要及び設備等

（３）代表者経歴書

（４）会社経歴書

（５）日常生活用具指定済自治体名（様式なし）

誓　約　書

那珂川市重度障害者等日常生活用具給付等事業実施要綱に基づく日常生活用具給付のための業者として指定していただきました場合には、同要綱に基づく一切の規定及び下記の事項を遵守することを誓約いたします。

なお、万一違反したときは、指定の取り消しを受けても異議ありません。

記

1. 給付対象者から日常生活用具給付券（以下「給付券」という。）の提示があったときは、日常生活用具（以下「用具」という。）を給付対象者に納品するものとする。
2. 納品する用具の数量、納入期限、納入場所及び型式･規模･構造等は次のとおりとする。
	1. 用具の数量は、給付券１枚につき記載された用具１個とする。
	2. 用具の納入期限は、給付券の提示があった日から14日以内とする。
	3. 用具の納入場所は、給付券に記載された居住地とする。
	4. 用具の型式･規模･構造等は、給付券に記載されたとおりとする。
3. 給付した用具が、12ヶ月以内に給付対象者の故意あるいは過失によらない破損又は故障となった場合は、那珂川市の指定する期日までに取り替え又は補修をするものとする。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（あて先）那珂川市福祉事務所長

　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　氏　名

事業所概要及び設備等

1. 所在地
2. 事業所面積（見取図添付）
3. 建築面積

４．車両等

５．機械設備

以上のとおり相違ありません。

　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　氏　名

代　表　者　経　歴　書

１．住　　所

２．氏　　名

３．生年月日　　　　　　　　　年　　月　　日

４．職　　歴

５．資　　格

　以上のとおり相違ありません。

　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　氏　名

会　社　経　歴　書

1. 名称及び代表者
2. 資本金
3. 取引金融機関
4. 従業員の数
5. 業務の概要
6. 営業の沿革と業績

以上のとおり相違ありません。

　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　氏　名