様式日－1（第2条関係）

東大阪市地域生活支援事業（日常生活用具給付等）者届出書

令和　　　年　　　月　　　日

（宛先）　東大阪市長

所在地

 　　　事業所名

代表者

　東大阪市地域生活支援事業補助金を受けたいので、東大阪市日常生活用具給付等事業実施要綱第２条の規定により、届出をいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 事業所名称 |  |
| フリガナ |  |
| 代表者の氏名 |  |
| 事業所の所在地 | （〒　　　－　　　　） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 取扱日常生活用具種目（取扱をする種目の左に○印を記入してください） |  | 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 |
|  | 情報・意思疎通支援用具 |  | 排泄管理支援用具 |  | 居宅生活動作補助用具 |

＊必ず別紙事務の流れ（特に市への請求は用具納品後となること等）を確認いただき届出してください。

R4.5版