

様式第5号（第12条関係）

毛呂山町紙おむつ等支給事業取扱業者指定申請書

年 月 日

毛呂山町長 あて

名 称
申請者 代表者
連絡先

毛呂山町紙おむつ等支給事業取扱業者の指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

(ふりがな)				
事業所名称				
代表者氏名				
営業所所在地	〒			
連絡先	電 話		F A X	
	E-mail			
事業所番号				
営業日			営業時間	
口座情報	金融機関名			支店名
	口座種別		口座番号	
口座名義	(フリガナ)			

【添付書類】

- 介護保険事業者指定通知書の写し
- 誓約書
- 取扱品目が分かるカタログ（様式自由）

誓約書

毛呂山町紙おむつ等支給事業に係る取扱業者の指定を受けるに当たり、以下の事項を遵守することを誓約いたします。なお、違反した場合には、指定の取り消しを受けても異議申立てをいたしません。

1. 町が定める規則を含む関係法令を遵守し、不正な行為を行わないこと。
2. 毛呂山町紙おむつ等支給事業実施要綱第4条に規定された品目以外の品物を対象品目として取り扱わないこと。
3. 都合により指定の取消しを申し出る際は、利用者に不利益が一切生じぬよう、代替業者の紹介等を行い、引継ぎを確実に実施すること。
4. 利用者やその家族等との関係を良好に保ち、誠実に対応すること。
5. 介護支援専門員（ケアマネジャー）や町との連携に努め、円滑な事業遂行に協力すること。

毛呂山町長 様

年 月 日

事業所所在地
事業者名称
代表者氏名