

日常生活支援券事業者登録（変更）申請書

令和 年 月 日

尾張旭市長 殿

事業者 所在地

名称

代表者

次のとおり日常生活支援券事業者として登録（変更）を受けたいので、次のことを誓約し、申請します。

- 1 利用者のプライバシーに配慮し、業務上知り得た受給者情報及びその支援者の個人情報保護し、他へ漏らさないこと。
- 2 日常生活支援券の利用者に対し、懇切丁寧を旨とし、差別的な取扱いをしないこと。
- 3 尾張旭市暴力団排除条例（平成23年条例第14号）に規定する暴力団員又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有する者でないこと。

フリガナ	
事業所の名称	
フリガナ	
事業所の代表者氏名	
事業所の所在地	(-)
連絡先	担当者氏名： Tel： FAX：
振込先口座	金融機関名： 支店名： 口座種別： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 口座番号： (フリガナ)
	口座名義
取扱品目 ※日常生活支援券の対象とする取扱品目全てにレ点をしてください。	<input type="checkbox"/> 日用品 <input type="checkbox"/> 食料品 <input type="checkbox"/> 医薬品等 <input type="checkbox"/> 電気製品 <input type="checkbox"/> 燃料 <input type="checkbox"/> 福祉用具・機器 <input type="checkbox"/> 障がい福祉サービス <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 理美容サービス <input type="checkbox"/> 洗濯・浴場サービス <input type="checkbox"/> 施術サービス <input type="checkbox"/> スポーツ提供サービス <input type="checkbox"/> 飲食サービス <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 自家用自動車（購入・点検・修理・改造） <input type="checkbox"/> その他（)

※ 取扱品目が複数ある場合は、その中で主要品目を1つ決め、レ点を○で囲ってください。

※ 申請書は尾張旭市役所福祉課に提出してください。

FAX:0561-52-3749

Mail:fukusi@city.owariasahi.lg.jp