

様式 2(内容変更用)

令和 年 月 日

(宛先) 福岡市長

〒
住 所
会 社 名
代表者氏名
電話番号
(担当者名： 連絡先 TEL：)

位置検索可能な機器やサービス等の情報提供シート (内容変更)

下記のことについて、福岡市ホームページ掲載内容変更のための情報を提供します。

記

サービス名	
会社名	
連絡先	(電話) (FAX) (メールアドレス)
ホームページ URL	
サービスの概要 (300 字程度)	※サービスの内容がわかるパンフレット等を添付してください。
確認方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> アプリ <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> その他 ()
費用	(初期費用) (月額利用料)
<input type="checkbox"/>	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(団体の場合、当該団体の役員が暴力団員に該当する団体を含む。)でないことを誓約します。
<input type="checkbox"/>	サービスの概要が掲載基準に合致(裏面「Ⅰ. 掲載基準」に該当)することを誓約します。
<input type="checkbox"/>	注意事項(裏面「Ⅱ. 申請にあたっての注意事項」)を遵守します。
<input type="checkbox"/>	掲載を承認しない事業者(裏面「Ⅲ. 掲載を承認しない場合」(5)～(8)に該当)でないことを誓約します。

(※該当の場合は□にチェックしてください。)

I. 掲載基準

- (1) 少なくとも福岡市内で活用でき、認知症のある人の見守りにも役立てられる介護保険外サービスを提供する法人、ボランティア団体、個人事業主、福岡市及び福岡市関連団体、又はその他福岡市が認める団体等（以下「事業者等」という。）であること。
- (2) 介護保険外サービスの提供にあたり、資格、届出、申請、許可等が必要なサービスについては、あらかじめ関係機関等から資格・許認可等を取得していること。

- ◆ 提出後に、内容等について確認することがあります。
内容確認後、本市ホームページ上の一覧を更新し公開します。

II. 申請にあたっての注意事項

- ◆ 掲載内容等を「変更・取消」する場合は、該当する連絡シートによりお知らせ下さい。

III. 掲載を承認しない場合

- (1) 介護保険外サービスに関する情報の提供、取得または情報交換以外の目的に使用されるおそれがある場合
- (2) 記載内容に、虚偽の記載がある場合
- (3) 介護保険外サービスの提供にあたり、必要な資格、届出、申請、許可等を取得していない場合
- (4) 暴力団、暴力団員、暴力団体関係者その他反社会的勢力者
- (5) 法令に違反する行為など不正行為を行い、営業許可の取り消し処分を受けた事業者
- (6) 法令に基づく指示処分・営業停止処分を受けてから5年間を経過していない事業者
- (7) 国民生活センター・消費生活センター、県市区町村、その他公的窓口に苦情や相談が多く寄せられ、営業やサービス内容に問題があると判断される事業者
- (8) 過去に規約違反等により登録承認の取消しを受けたことがある事業者
- (9) その他、本市が掲載内容として不相当と判断した場合