様式第１号（第５条関係）

**福祉用具購入費受領委任払い取扱事業者登録申請書**

年　　月　　日

加茂市長　　　　　　　様

（申請事業者）所 在 地

事業者名

代表者名

電話番号

福祉用具購入費受領委任払い取扱事業者の登録について、居宅介護福祉用具購入費又は介護予防福祉用具購入費の受領委任払いの取り扱いを希望するので、下記の通り申請します。

（販売事業所）

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 事業所名称 |  |
| フリガナ |  |
| 事業所所在地 | 〒（　　　－　　　　） |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| 介護保険事業所番号 |  |

（受領委任払振込先口座）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 銀　　行  労働金庫  信用金庫  信用組合  農　　協 | | | | | 本　店  支　店  出張所  支　所 | | | 種別 | 口座番号 | | | | | | |
| １．普通  ２．当座  ３．その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | | | | | 支店コード | | |
|  |  |  |  | |  |  |  |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | |  | | | | | | | | | | | |