様式第１号

介護保険受領委任払い取扱事業者登録届出書

令和　　年　　月　　日

横手市長　様

　　　　　　　　　　　　　　申請者　　　名称及び

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

受領委任払い取扱事業者として登録を受けたいので、次のとおり届出いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の種別 | １．特定福祉用具販売　　　　　　　　２．住宅改修 |
| 事業者名称 |  |
| 介護保険  事業所番号 | （　　　　　　　）※事業の種別が特定福祉用具販売の場合必ず記載してください。 |
| （ﾌﾘｶﾞﾅ）  代表者氏名 |  |
| 所在地 | 〒（　　　－　　　　） |
| 連絡先 | 電話　　　　　　　　　　　　　　FAX |

代理受領に係る振込口座

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 支 店 名 |  |
| 口座種目 |  | 口座番号 |  |
| （ﾌﾘｶﾞﾅ）  口座名義人 |  | | |