

別記様式第1号

(第4条関係)

福祉用具購入費・住宅改修費受領委任払事業者登録申請書

年 月 日

長 沼 町 長 様

(事業者)

住 所

名 称

代表者名

印

長沼町介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費及び住宅改修費の支給に係る受領委任払に関する要綱第4条第1項の規定に基づき、受領委任払いの取り扱いをする事業者であることを届け出ます。

また、被保険者から受領委任された福祉用具購入費及び住宅改修費は次の口座に振り込み願います。

記

名 称							
代表者名							
住 所	〒 ー						
電話番号				FAX 番号			
サービス担当者名							
取扱事業種別	1 福祉用具			2 住宅改修			
振 込 口 座							
金融機関名	支 店 名	種 目		口 座 番 号			
		1 普通					
		2 当座					
		3 その他					
フリガナ							
口座名義人							