

様式第1号（第4条関係）

介護保険福祉用具購入費受領委任払取扱事業者登録申請書

年 月 日

魚津市長

あて

〒(—)

(申請事業者)所在地 _____

事業者名 _____

(電話番号 _____)

代表者職・氏名 _____ 印

介護保険福祉用具購入費受領委任払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を取り扱いたいので、下記のとおり申請します。なお、私が受ける福祉用具購入費は、下記の口座に振り込んでください。

(販売事業所)

フリガナ										
販売事業所所在地	(〒 —)									
フリガナ										
販売事業所名称										
介護保険事業所番号										
電話番号										
FAX番号										
E:mail										
ホームページアドレス										
代理受領受任者※										

※各購入者の福祉用具購入費受領委任状(同意書)の受任者欄に使用する名義等となります。

(振込先口座)

銀行・信金 信組・農協・労金	本店・支店 本所・支所	種 目	口座番号						
金融機関コード	店舗コード	1 普通							
		2 当座							
		3 その他							
フリガナ									
口座名義人									