

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 _____

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					
		1 普通	┆	┆	┆	┆	┆	┆
金融機関コード	店舗コード	2 当座	┆	┆	┆	┆	┆	
		3 その他	┆	┆	┆	┆	┆	
フリガナ	-----							
口座名義人								

様式第3号（第5条関係）

介護保険福祉用具購入費受領委任払取扱事業者変更届出書

年 月 日

魚津市長

あて

〒(—)

(届出者)所在地 _____

事業者名 _____

(電話番号 _____)

代表者職・氏名 _____

下記のとおり登録申請した事項に変更がありましたので届け出ます。

		魚津市登録番号	
変更があった事項		変更の内容	
1	事業者所在地	(変更前)	
2	事業者名称		
3	代表者職・氏名		
4	代表者印		
5	販売事業所所在地		
6	販売事業所名称	(変更後)	
7	介護保険事業所番号		
8	販売事業所電話番号		
9	販売事業所FAX番号		
10	販売事業所E:mail		
11	ホームページアドレス		
変更年月日		年	月 日

※ 該当項目番号に○を付してください。

様式第4号（第5条関係）

介護保険福祉用具購入費受領委任払取扱事業者
（廃止・休止・再開・登録辞退）届出書

年 月 日

魚津市長

あて

〒(—)

(届出者)所在地 _____

事業者名 _____

(電話番号 _____)

代表者職・氏名 _____

- 登録に係る事業所を廃止・休止・再開しましたので下記のとおり届け出ます。
- 登録を辞退したいので下記のとおり届け出ます。

記

魚津市登録番号		
廃止・休止・再開・辞退する事業所	所在地	
	名称	
廃止・休止・再開・辞退の別	廃止・休止・再開・辞退	
廃止・休止・再開・辞退年月日	年 月 日	
休止予定期間(休止の場合のみ)	年 月 日～	年 月 日
廃止・休止・再開・辞退の理由		