

様式第1号(第4条関係)

介護保険福祉用具購入費及び
介護保険住宅改修費 受領委任払い取扱事業者登録申請書

年 月 日

有田市長 様

(申請者)

〒

所在地

事業者名称

代表者氏名

介護保険（居宅介護（介護予防）福祉用具購入費・介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費）受領委任払い取扱い事業者として登録をしたいので、次のとおり申請します。

事業者所在地	(〒 -)									
事業者名称	フリガナ									
電話番号				FAX番号						
都道府県による指定事業所番号 (居宅介護(介護予防)福祉用具販売事業者のみ)										

指定振込口座の登録

銀行 信用金庫 協同組合	本店 支店 支所	種目	口座番号							
金融機関コード	店舗コード	1.普通預金 2.当座預金 3.その他								
フリガナ										
口座名義人										