

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

燕市長 様

（申請事業者）所在地

事業者名

代表者

㊟

電話番号

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いの取り扱いを希望するので、下記の通り申請します

（販売事業所）

フリガナ	
事業所名称	
フリガナ	
事業所所在地	〒（ — ）
電話番号	
FAX 番号	
介護保険事業所番号	

（受領委任払振込先口座）

銀行・信金 農協・信組	本店 支店	種別	口座番号					
金融機関コード	支店コード	1.普通 2.当座						
フリガナ								
口座名義人								