

介護保険給付費受領委任払取扱事業者登録申請書

年 月 日

高砂市長様

申請者 住所又は所在地 _____

氏名又は名称 _____

代表者氏名 _____

連絡先 _____

介護保険給付費受領委任払の取扱いを行いたいので、次のとおり申請します。

営業形態	法人 ・ 個人	
事業者所在地	(〒 -)	
事業者名称	フリガナ	
電話番号		FAX番号
受領委任払いを行うサービスの種類	1 特定福祉用具販売	
	2 住宅改修	
介護保険事業所番号		※特定福祉用具販売の登録を行う場合のみ

振込口座の登録			
金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店 支所 出張所	
口座種別	1 普通 2 当座 3 その他 ()	口座番号	
口座名義人	フリガナ		