

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	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					※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		