

様式第1号(第5条関係)

介護保険福祉用具購入費受領委任払い取扱事業者登録申請書

年 月 日

田上町長 様

申請者 所 在 地

事業者名称

代表者氏名

印

介護保険福祉用具購入費受領委任払い取扱事業者の登録を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

営業の形態	法 人 ・ 個 人		
事業所在地	(〒)		
事業所名	フリガナ		
電話番号		FAX番号	

振込口座の登録			
金融機関名		店舗名	
口座種目	普通 ・ 当座	口座番号	
口座名義人	フリガナ		