

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

（あて先）胎内市長

所在地 _____

事業者名 _____

代表者氏名 _____ ㊞

介護保険福祉用具購入費受領委任払い取扱事業者として登録を受けたいので、下記のとおり申請します。

販売事業者所在地	(〒 -)		
フリガナ			
販売事業者名称			
介護保険事業所番号			
連絡先	電話番号	FAX番号	
	メールアドレス		

指定振込口座の登録

銀行・農協 信用金庫 労働金庫 信用組合	本店(所) 支店(所) 出張所	種 目	口 座 番 号					
金融機関コード	支店コード	1 普通						
		2 当座						
		3 その他						
フリガナ								
口座名義人								

【添付書類】

- 誓約書