様式第１号(第３条関係)

介護保険福祉用具購入費受領委任払事業者登録届出書

　　　年　　月　　日

みよし市長　様

所在地

事業者名称

代表者氏名

介護保険福祉用具購入費受領委任払事業者の登録に関し、次のとおり届出いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 電話番号 |  | | | | | | | |
| 事業者名称 |  | ﾌｧｯｸｽ番号 |  | | | | | | | |
| フリガナ |  | 振込先金融機関 |  | | | | | | | |
| 所在地 | 〒 | 金融機関コード |  | | | | | | | |
| 支店名 |  | | | | | | | |
| フリガナ |  | 支店コード |  | | | | | | | |
| 代表者氏名 |  | 口座番号 | 1 普通  2 当座  3 その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 届出理由（該当番号に○をつけてください） | | フリガナ |  | | | | | | | |
| １ | 新規 | 口座名義人 |  | | | | | | | |
| ２ | 代表者及び口座名義人の変更 | 備考 | | | | | | | | |
| ３ | 振込先及び口座番号の変更 |
| ４ | その他（　　　　　　　　　） |