

介護保険住宅改修費受領委任払取扱事業者登録届出書

年 月 日

みよし市長 様

所在地

事業者名称

代表者氏名

介護保険住宅改修費受領委任払取扱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（ ）									