様式第１号（第３条関係）

　　年　　月　　日

光市長　様

申請者　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　事業所所在地

　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

介護保険受領委任払取扱事業者登録申請書

　介護保険受領委任払取扱事業者として登録を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 登録を受けようとする事業者 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 事業者名 |  |
| 所在地 | 〒　　-　 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 代表者名 |  |
| 連絡先 | 電話番号 |  |
| FAX |  |
| 登録を希望する事業（該当事業に○） | 　　　福祉用具購入（事業所番号：　　　　　　　　　　　）　　　　　　　住宅改修 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受領委任払用振込口座 |  |  | 種目 | 口座番号 |
| １普通預金２当座預金３その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード |  |  |  |  | 店　舗コード |  |  |  |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ口座名義人 |  |
|  |

添付書類：１　介護保険受領委任払等取扱事業者の登録に係る確約書（様式第２号）

２ （福祉用具購入のみ）事業所指定通知書（複写）

３　市税納付書（申請日より３か月以内に発行されたもの）