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）