様式第１号（第５条関係）

介護保険受領委任払取扱事業者登録申請書

　　年　　月　　日

四国中央市長　　　　　様

所在地

事業者名称

代表者職氏名

　介護保険受領委任払取扱事業者の登録を受けたいので、四国中央市介護保険給付における受領委任払制度実施要綱第５条第２項の規定により、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 代表者氏名 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | |  | ＦＡＸ番号 | | | | |  | | | | | | |
| 登録を受けようとする保険給付費の種別 | | | □　福祉用具購入費等 | | | | | | | | | | | |
| □　住宅改修費等 | | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号  （福祉用具購入費等の登録を受ける場合のみ記入すること。） | | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |
| 振込口座 | 金融機関名 | 銀行・労金  農協・漁協  信金 | 支店名 | | | 支　店  支　所  出張所 | | | | | | | | |
| 預金種別 | 普通 ・ 当座 | 口座番号 | | |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |