

介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費 住宅改修費 受領委任払い事業者登録申請書

（宛先）知多北部広域連合長

令和 年 月 日

住所又は所在地 _____
 申請事業者 名 称 _____
 代 表 者 名 _____

介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費・住宅改修費の受領委任払い取扱事業者として登録したいので、次のとおり申請します。

登録事業の種類	<input type="checkbox"/> 福祉用具販売(事業者番号 _____)	<input type="checkbox"/> 住宅改修
フリガナ名 称		
フリガナ代表者氏名		
住所又は所在地	〒 _____	
電話番号	(_____) _____	
FAX 番号		
メールアドレス		

受領委任払いによる支払いについては、次の口座に振り込んでください。

福祉用具販売	銀行 本店 信用金庫 支店 農協 出張所	種 目	口 座 番 号 (右づめ)
	金融機関コード	店舗コード	1 普通
			2 当座
	フリガナ		
	口座名義人		
住宅改修	□福祉用具販売と同じ口座に振り込んでください。		
	銀行 本店 信用金庫 支店 農協 出張所	種 目	口 座 番 号 (右づめ)
	金融機関コード	店舗コード	1 普通
			2 当座
	フリガナ		
口座名義人			

注意事項

この申請をすることにより、受領委任払いの制度を利用する被保険者に対して事業者選択の便宜を図るため、「受領委任払い登録事業者」として公表します。

--	--	--