

様式第1号(第3条関係)

福祉用具購入費受領委任払制度取扱事業者登録申請書

年 月 日

七戸町長 様

(事業者)

所在地

名称

代表者氏名

福祉用具購入費受領委任払制度に登録したいので、七戸町介護保険居宅介護・介護予防福祉用具購入費受領委任払制度実施要綱第3条第1項の規定に基づき、次のとおり申請します。

| | | | |
|---------|---|-------|--|
| 事業所番号 | | | |
| 事業所名称 | | | |
| 代表者氏名 | | | |
| 所在地 | 〒 | | |
| 電話番号 | | FAX番号 | |
| メールアドレス | | | |

| 福祉用具購入費の代理受領に係る登録口座 | | | |
|------------------------------|-----------------|------|------|
| 銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 | 本店 支店 出張所 | 種目 | 口座番号 |
| 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 | | | |

※七戸町外に所在する事業者は、指定の有効期間が分かる書類の添付が必要です。