

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。