

様式第1号（第3条関係）

介護保険福祉用具購入費受領委任払い制度取扱事業者登録届出書

年 月 日

（あて先）愛西市 市長

住 所

事業者名称

代表者氏名

印

届出日 年 月 日	営業形態	法人・個人
フリガナ 事業所名		
住所 〒 電話() - FAX() -		
営業時間・休業日		
従業員数 人		
介護保険指定事業者番号		

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 農協			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 普通預金				
						2 当座預金				
						3 その他				
フリガナ										
口座名義人										