様式第２号（第３条関係）

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費受領委任払事業者登録申請書

年　　月　　日

名護市長　様

申請者　住所

　 名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領委任払取扱事業者として登録を希望するため、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | ＦＡＸ番号 | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 介護保険事業者番号 | |  |  |  | | |  | |  | |  | | | |  | |  | | |  | |  | |
| 口座番号 | 金融機関名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支店・支所・出張所名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座種目 | | | | 普通　　・　　当座　　・　　その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座番号 | | | |  | | |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | |  | |  |
| ふりがな | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 対象事業所名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※預金通帳の写しを添付して下さい。