

様式第1（第2条関係）

大口町福祉用具購入費受領委任払い取扱事業者登録届出書

年 月 日

大口町長 様

（申請者）所在地

事業者名

代表者氏名

大口町福祉用具購入費受領委任払い取扱事業者として登録を受けたいので、大口町介護保険福祉用具購入費受領委任払いに係る取扱誓約書を添えて届け出ます。

介護保険事業所番号										
指定年月日	年 月 日									
フリガナ										
事業所の名称										
フリガナ										
代表者氏名										
事業所の所在地										
連絡先	電話番号									
	FAX 番号									

・この届出書に、県指定通知書（写）を添付してください。

受領委任に係る登録口座

金融機関名	支店名	種 目	口 座 番 号				
銀行 信金・信組 農協	本店 支店 出張所		1 普通預金 2 当座預金 3 その他				
金融機関コード	店舗コード						
フリガナ							
口座名義人							