介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費受領委任払い取扱事業者登録申請書

年　　月　　日

柏崎市長　様

（申請事業者）所在地

事業者名

代表者名

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費受領委任払い取扱事業者の登録を受けたいので、次のとおり申請します。

（販売事業者）

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 所在地 | （〒　　　－　　　　　） |
| フリガナ |  |
| 事業者名 |  |
| フリガナ |  |
| 代表者名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |

（受領委任払い振込先口座）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 銀行・農協  金庫・信組 | | | | 本店  支店  出張所 | | | 種別 | 口座番号 | | | | | | |
| 1.普通  2.当座  3.その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | | | | 支店コード | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | |  | | | | | | | | | | |

【添付書類】

誓約書（第２号様式）