

介護保険受領委任払い取扱事業者登録届出書

令和 年 月 日

横手市長 様

申請者 名称及び

代表者氏名 ⑩

受領委任払い取扱事業者として登録を受けたいので、次のとおり届出いたします。

事業の種別	1. 特定福祉用具販売 2. 住宅改修
事業者名称	
介護保険 事業所番号	() ※事業の種別が特定福祉用具販売の場合必ず記載してください。
(フリガナ) 代表者氏名	
所在地	〒 ()
連絡先	電話 FAX

代理受領に係る振込口座

金融機関名		支店名	
口座種目		口座番号	
(フリガナ) 口座名義人			