

# 町田市介護保険福祉用具購入費及び介護保険住宅改修費に係る受領委任払い事業者申請書

町田市長 様

**福祉用具販売の登録を行う場合は、都道府県指定の事業者番号を必ず記入してください。**

日

町田市介護保険福祉用具購入費及び介護保険住宅改修費の受領委任払い事務取扱要領第1第1項及び第3項の規定に基づき、下記のとおり事業者情報を添えて申請いたします。

申請種別		<input type="checkbox"/> 登録 <input checked="" type="checkbox"/> 変更	
変更する場合は、変更があった項目にチェックをしてください <small>チェック欄</small>		<input type="checkbox"/> 福祉用具販売事業者      事業者番号(      ) <input type="checkbox"/> 住宅改修施工事業者	
事業者の種類	フリガナ	◇◇◇◇株式会社	
<input type="checkbox"/>	事業者(法人)名	◇◇◇◇株式会社	
事業者(法人)代表者	フリガナ	ダイヒョウトリシマリヤク	カイゴ マチタロウ
<input type="checkbox"/>	(肩書) 代表取締役	(氏名) 介護 町太郎	者代 印表
事業者(法人)所在地	〒0000-0000 東京都新宿区00町0番0号		
事業所名	フリガナ	□□□□ジギョウショ	
<input type="checkbox"/>	事業所名	□□□□事業所	
事業所代表者	フリガナ	ジギョウショチョウ	カイゴ マチダ
<input type="checkbox"/>	(肩書) 事業所長	(氏名) 介護 町田	者代 印表
事業所所在地	〒△△△-△△△△ 東京都町田市△△町△番△号		
連絡先	(電話)	042-724-△△△△	(FAX) 042-724-△△△△
<input type="checkbox"/>	(メールアドレス)	0000 @ ◇◇◇◇◇◇◇◇	
変更年月日	2000年0月0日		

町田市から受ける介護保険の給付金については、今後、下記の口座へお振込みください。  
 なお、本書に記入した事項に関しては、町田市の介護保険システムに登録することを承諾いたします。

<input type="checkbox"/>	金融機関名	0000	銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店名	0000	本店 支店					
<input type="checkbox"/>	預金種別	普通・当座・貯蓄・( )		口座番号	1	2	3	4	5	6	7
口座名義	フリガナ	△△△△カブシキガイシャ □□□□ジギョウショ									
<input type="checkbox"/>	口座名義	△△△△株式会社 □□□□事業所									

**※ 事業所がない場合には、「事業所名」、「事業所代表者」及び「事業所所在地」の欄には「同上」と記入してください。**

**訂正をする場合には、訂正部分に二本線を引き、必ず代表者印を訂正印としてご捺印ください。(修正ペンや修正テープは不可)**

※この申請書は、事業所ごとに提出してください。