

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

年 月 日

町田市長 様

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受領委任払い事務取扱要領第3第1項及び第2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します。

申請種類	<input type="checkbox"/> 登録 <input checked="" type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 更新			
変更時 チェック欄	事業者の種類	<input type="checkbox"/> 福祉用具販売事業者 事業者番号() <input checked="" type="checkbox"/> 住宅改修施工事業者		
<input type="checkbox"/>	フリガナ 事業者(法人)名	-----		
<input type="checkbox"/>	フリガナ 事業者(法人)代表者	(肩書)	(氏名)	印
<input type="checkbox"/>	事業者(法人)所在地	〒		
<input type="checkbox"/>	フリガナ 事業所名	-----		
<input type="checkbox"/>	フリガナ 事業所代表者	(肩書)	(氏名)	印
<input type="checkbox"/>	事業所所在地	〒		
<input type="checkbox"/>	連絡先	(電話)	(FAX)	
変更年月日				
住宅改修研修受講年月日 (住宅改修施工事業者のみ記入)		年 月 日	研修受講者	

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		銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店名		本店 支店
<input type="checkbox"/>	預金種別	普通・当座・貯蓄・()	口座番号			
<input type="checkbox"/>	フリガナ 口座名義	-----				

※ 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。

※ 代表者名は肩書も含めて記入し、事業者代表者印、事業所代表者印をそれぞれ押印してください。
 事業所代表者印は、領収書、支給申請書に押印していただく印になります。

※ 「事業者(法人)名」は、法人種別も記入してください。

※ この申請書は、事業所ごとに提出してください。