

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。

<input type="checkbox"/> 登録 <input checked="" type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 更新			
<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 checked="" type="checkbox"/>	業者の種類 フリガナ 事業者(法人)名	◇◇◇◇株式会社 ◇◇◇◇株式会社	
<input type="checkbox"/>	事業者(法人)代表者 フリガナ (肩書)	ダイヒョウトリシマリヤク 代表取締役 カイゴ マチタロウ (氏名) 介護 町太郎	者代 印表
<input type="checkbox"/>	事業者(法人)所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都新宿区〇〇町〇番〇号	
<input type="checkbox"/>	事業所名 フリガナ	□□□□ジギョウショ □□□□事業所	
<input type="checkbox"/>	事業所代表者 フリガナ (肩書)	ジギョウショチョウ 事業所長 カイゴ マチダ (氏名) 介護 町田	者代 印表
<input type="checkbox"/>	事業所所在地	〒 △△△-△△△△ 東京都町田市△△町△番△号	
<input type="checkbox"/>	連絡先	(電話) 042-724-△△△△ (FAX) 042-724-△△△△	
変更年月日		20〇〇年〇月〇日	
住宅改修研修受講年月日 (住宅改修施工事業者のみ記入)		20〇〇 年 〇 月 〇 日 研修受講者 介護 町田	

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	〇〇〇〇	銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店名	〇〇〇〇	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		
<input type="checkbox"/>	口座名義 フリガナ	△△△△カブシキガイシャ □□□□ジギョウショ △△△△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。