

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。

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いたします。

| | | | | |
|--------------------------------|------------|---|--|-----------------------------|
| 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 | | | | |
| 事業者の種類 | | <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 | | |
| <input type="checkbox"/> | フリガナ | ◇◇◇◇株式会社 | | |
| <input type="checkbox"/> | 事業者(法人)名 | ◇◇◇◇株式会社 | | |
| <input type="checkbox"/> | フリガナ | ダイヒョウトリシマリヤク | カイゴ マチタロウ | 者代印表 |
| <input type="checkbox"/> | 事業者(法人)代表者 | (肩書) 代表取締役 | (氏名) 介護 町太郎 | |
| <input type="checkbox"/> | 事業者(法人)所在地 | 〒0000-0000 東京都新宿区00町0番0号 | | |
| <input type="checkbox"/> | フリガナ | □□□□ジギョウショ | | |
| <input type="checkbox"/> | 事業所名 | □□□□事業所 | | |
| <input type="checkbox"/> | フリガナ | ジギョウショチョウ | カイゴ マチダ | 者代印表 |
| <input type="checkbox"/> | 事業所代表者 | (肩書) 事業所長 | (氏名) 介護 町田 | |
| <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 | | 2000年0月0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) | | 2000年0月0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、町田市に希望する場合は、記入不要です。希望する場合は、記入不要です。

| | | | | | | |
|--------------------------|-------|-------------------------|--------------------------|------|---------------|----------|
| <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 | |
| <input type="checkbox"/> | 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。