

様式第 1

介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費
 介護保険居宅介護（予防）住宅改修費 受領委任払事業者登録申請書

年 月 日

美浜町長 様

申請事業者 住所又は所在地 _____

名 称 _____ 印 _____

代表者氏名 _____

事業者の登録を受けたいので、美浜町介護保険の受領委任払いに係る事務取扱要綱第3条第1項の規定によって、次のとおり申請します。

フリガナ			
名 称			
代表者氏名			
住所又は所在地	〒 _____		
電話番号	() _____	登録 事業	1.福祉用具 2.住宅改修 3.両方
FAX番号	() _____		

また、受領委任払いによる居宅介護(予防)福祉用具購入費・住宅改修費の支払い先については、次の預金口座を指定します。

預 金 口 座	銀行 信用金庫 農協				本店 支店 出張所			種 目	口 座 番 号					
	金融機関コード				店舗コード			1 普通預金 2 当座預金 3 その他 ()						
	フリガナ													
	口座名義人													

注) この申請をすることにより受領委任払いの制度を利用する被保険者に対して事業者選択の便宜を図るため、「受領委任払い登録事業者」として公表します。