様式第１（第４条関係）

大治町福祉用具購入費受領委任払制度取扱事業者登録届出書

令和　　年　　月　　日

　（宛先）大治町長　様

事業者名称

代表者氏名

　介護保険法に基づく特定福祉用具及び特定介護予防福祉用具を販売するに際し、大治町の定める福祉用具購入費受領委任払制度取扱事業者として登録を受けたいので、別添の誓約書を添えて以下のとおり届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者番号 |  |
| ふりがな |  |
| 事業者名称 |  |
| ふりがな |  |
| 代表者氏名 |  |
| 事業所の名称 |  |
| 事業所の所在地 | 〒　　　－ |
| 連絡先 | 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 営業日 |  |
| 営業時間 |  |

　なお、大治町居宅介護(介護予防)福祉用具購費受領委任払制度に基づき、私が受ける居宅介護(介護予防)福祉用具購入費については、下記の口座へ振り込んでください。

|  |
| --- |
| 居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の代理受領に係る登録口座 |
| 銀　　行 | 本　店支　店出張所 | 種目 | １普通預金 ２当座預金 |
| 信用金庫農　　協 |
| 組　　合 | 口座番号 |
| 金融機関コード |  |  |  |  | 店舗コード |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。