

様式第1号(第5条関係)

介護保険住宅改修費等受領委任払い取扱い事業者登録届出書

年 月 日

色麻町長 殿

届出者 所在地 \_\_\_\_\_

事業者名称 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

介護保険住宅改修費等受領委任払い取扱い事業者の登録を受けたいので、つぎのとおり関係書類を添えて届け出ます。

営業の形態	法人 ・ 個人		
事業所所在地	(〒 _____ )		
事業所名称	フリガナ _____		
代表者職氏名	_____		
電話番号	_____	FAX番号	_____
登録を受けようとするサービス種類	住宅改修	<input type="checkbox"/>	
	(介護予防)特定福祉用具販売	<input type="checkbox"/>	
介護保険事業者番号	_____	_____	_____

※ (介護予防)特定福祉用具販売の登録を行う場合は介護保険事業者番号を記載して下さい。

振込口座の登録			
金融機関名	_____	店舗名	_____
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	_____
フリガナ	_____		
口座名義人	_____		