様式第１号（第５条関係）

介護保険福祉用具購入費受領委任払い取扱事業者登録・変更申出書

年　　　月　　　日

（宛先）伊勢市長

　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名称

　　　　　　　　　　　　届出者　事業所名称

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　㊞

　介護保険福祉用具購入費に係る受領委任払い取扱事業者の（登録・

登録事項の変更）のため、次のとおり申し出ます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所  所在地 | （〒　　　－　　　　） | | | | 変更事項 |
|  | | | | □ |
| 事業所名称 |  | | | | □ |
| 代表者氏名 |  | | | | □ |
| 電話番号 |  | | | | □ |
| 振込口座 | 金融機関名 |  | 店舗名 |  | □ |
| 口座種目 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| 口座名義人 | フリガナ | | |
|  | | |
| （□に✔を入れてください。）  □　福祉用具購入費に係る受領委任払いについて、十分に理解しています。 | | | | | |