様式第１号（第５条関係）

介護保険受領委任払取扱事業者登録申請書

　　年　　月　　日

（宛先）新居浜市長

所在地

事業者名称

代表者職氏名

　介護保険受領委任払取扱事業者の登録を受けたいので、新居浜市介護保険給付における受領委任払制度実施要綱第５条第３項の規定により、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  事業所の名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ  代表者氏名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | | ＦＡＸ番号 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 登録を受けようとする保険給付費の種別 | | | | | | | □　福祉用具購入費 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □　住宅改修費 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号  （福祉用具購入費等の登録を受ける場合のみ記入すること。） | | | | | | |  |  |  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |
| 振込口座 | 金融機関コード | |  |  |  |  | 支店コード | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |
| 金融機関名 | | 銀行  農協  金庫 | | | | 支店名 | | | | 本　店  支　店  出張所 | | | | | | | | | | | | | | |
| 預金種別 | | 普通 ・ 当座 | | | | 口座番号 | | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  |
| フリガナ  口座名義人 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |