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 |  |
|  |