

様式第1号（第4条関係）

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費受領委任払取扱事業者登録申請書

年 月 日

滑川市長 あて

（申請事業者）所在地 _____

事業者名称 _____

代表者氏名 _____

滑川市介護保険福祉用具購入費の受領委任払に関する要綱第4条第1項の規定により、福祉用具購入費受領委任払取扱事業者として登録を受けたいので、次のとおり申請します。

（販売事業所）

所在地	(〒 -)
フリガナ	
事業所名称	
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	

（振込先口座）

銀行・信金 信組・農協	本店 支店 出張所	種 目	口座番号					
		1 普通						
金融機関コード	店舗コード	2 当座						
		3 その他						
フリガナ								
口座名義人								

【添付書類】

誓約書（様式第2号）