様式第１号（第３条関係）

大洲市介護保険受領委任払取扱事業者登録届出書

年 月 日

大洲市長　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　届　出　者　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　＊代表者氏名は、自署又は記名押印してください。

介護保険受領委任払取扱事業者の登録を受けたいので、次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 |
|  |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 登録を受けようとするサービスの種類 | （介護予防）住宅改修 |  |
| （介護予防）特定福祉用具販売 |  |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

＊（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ください。

＊振込先口座の通帳の写し（金融機関名、支店名、預金種別、口座番号、口座名義人等が分かるもの）を添付してください。