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い取扱事業者登録申請書

年　　月　　日

　　佐渡市長　　　　　　　　　　様

〒(　　　―　　　　)

(申請事業者)所在地

事業者名称

(電話番号　　　　　　　　　　　 )

代表者職・氏名

　介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費受領委任払い取扱事業者の登録について、居宅介護福祉用具購入費又は介護予防福祉用具購入費の受領委任払いを取り扱いたいので、次のとおり申請します。

(販売事業所)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | |
| 販売事業所所在地 | (〒　　―　　　　　) | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | |
| 販売事業所名称 |  | | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | |
| FAX番号 |  | | | | | | | | | | | |
| E：mail |  | | | | | | | | | | | |