

様式第4号（第6条関係）

年 月 日

あま市長 様

所在地
事業者名称
代表者氏名

介護保険福祉用具購入費受領委任払取扱事業者登録（変更・廃止）届出書

| | |
|-------------|---------------|
| 営業形態 | 法人・個人（どちらかに○） |
| フリガナ | |
| 事業者名 | |
| 電話 | F A X |
| 営業時間・休業日 | |
| 従業員数 | |
| 人 | |
| 介護保険指定事業者番号 | |

| 福祉用具購入費の代理受領に係る登録口座 | | | | | | | | | | |
|---------------------|--|--|-------------------|--|--|--------|------|--|--|--|
| 銀行 信用金庫 農 協 | | | 本 店 支 店 出張所 | | | 種 目 | 口座番号 | | | |
| 金融機関コード | | | 店舗コード | | | 1 普通預金 | | | | |
| | | | | | | 2 当座預金 | | | | |
| | | | | | | 3 その他 | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | | | | | | | |

※変更の場合は、変更部分のみ記入してください。