

介護保険住宅改修費等受領委任払取扱事業者登録(変更・抹消)届出書

令和 年 月 日

上富良野町長 様

(届出者) 所在地

事業者名称

代表者氏名

㊞

上富良野町介護保険住宅改修費等受領委任払取扱事業者の登録(変更・抹消)を受けたいので、次のとおり届け出ます。

1. 登録(変更・抹消)を受けようとする事業所

届出の区分 (複数選択可)	(1) 福祉用具購入費 (事業所番号:) (2) 住宅改修費		
所在地	〒		
カナ			
名 称			
電話番号		FAX番号	

※変更届出の場合は変更する項目に変更後の内容を記載してください。

2. 受領委任払いの振込を受ける口座

金融機関名 (金融機関コード)	()	店舗名 (店舗コード)	()
口座種別	普通・当座	口座番号	
カナ			
口座名義			