

介護保険福祉用具購入費受領委任払事業者登録届出書

年 月 日

みよし市長 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事業者の登録に関し、次のとおり届出いたします。

フリガナ		電話番号																															
事業者名称		ファックス番号																															
フリガナ		振込先 金融機関																															
所在地	〒	金融機関 コード																															
		支店名																															
フリガナ		支店コード																															
代表者氏名		口座番号	<table border="1"> <tr> <td>1 普通</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 当座</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 その他</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	1 普通										2 当座										3 その他									
1 普通																																	
2 当座																																	
3 その他																																	
届出理由 (該当番号に○をつけてください)		フリガナ																															
1	新規	口座名義人																															
2	代表者及び口座名義人の変更	備考																															
3	振込先及び口座番号の変更																																
4	その他 ( )																																