

介護保険福祉用具購入費代理受領取扱事業者登録届出書

年 月 日

(宛先) さいたま市長

事業者所在地  
届出者 事業者名称 印  
代表者職名及び氏名 印

介護保険福祉用具購入費代理受領取扱事業者として登録を受けたいので、さいたま市介護保険福祉用具購入費代理受領取扱事業者の登録等に関する要綱に基づき、次のとおり届出します。

事業所等の状況	事業所番号					
	フリガナ					
	事業所の名称					
	事業所の所在地	〒 ー				
		(ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	代表者	職名		氏名		
	代表者の住所	〒 ー				
	営業時間					
休業日						
口座情報	銀行 信用金庫	本店 支店 出張所	普通 当座 その他	銀行コード	支店コード	
	口座名義				口座番号	

(添付書類)

- (1) 指定福祉用具販売事業者に係る指定通知書の写し
- (2) 介護保険福祉用具購入費代理受領取扱誓約書（様式第2号）