

様式第1号（第4条関係）

様似町介護保険居宅介護福祉用具購入費等受領委任払い届出書

年 月 日

様似町長 様

(事業者)

住所

名称

代表者名

印

様似町介護保険福祉用具購入費等受領委任払い実施要綱第4条第1項の規定に基づき、受領委任払いの取扱いをする事業者であることを届け出ます。

また、被保険者から受領委任された居宅介護福祉用具購入費等は、次の口座に振り込み願います。

記

名 称			
代表者名			
住 所	〒 ー		
電話番号		F A X 番号	
取扱事業(給付費)	<input type="checkbox"/> 福祉用具購入費		<input type="checkbox"/> 住宅改修費
振 込 口 座			
金 融 機 関 名	支 店 名	種 目	口 座 番 号
		1 普通 2 当座 3 その他 ()	
フリガナ			
口座名義人			