

年 月 日

袋井市長

所 在 地
届出者 事業者名称
代表者氏名

介護保険住宅改修費等受領委任払い取扱事業者登録届出書

介護保険住宅改修費等受領委任払い取扱事業者の登録を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

事業所番号										
事業所所在地	〒									
ふりがな										
事業所名										
電話番号						F A X 番号				
サービス種類	住 宅 改 修 ・ 特定福祉用具販売									

口座振込依頼欄	銀行・信金 労金・農協					本 店 支 店 ()			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							
	ふりがな															
	口座名義人															