

介護保険受領委任事業者登録申請書

令和元年5月1日

西東京市長 あて

届出者 所在地 西東京市南町5-6-13

事業者名称 株式会社 □□□  
代表者氏名 介護太郎

株  
 式  
 会  
 社

西東京市介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費及び住宅改修費受領委任  
払い実施要綱第4の規定により事業者の登録を受けたいので、次のとおり申請します。

事業者 所在地	西東京市南町5-6-13									
事業者 名称	フリガナ	カブシキガイシャシカクシカクシカク								
	株式会社 □□□									
電話番号	042-464-1311	FAX番号	042-438-2024							
登録を受けようとするサービスの種類	居宅介護（介護予防）住宅改修	○								
	特定（介護予防）福祉用具販売	○								
介護保険事業者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

※特定（介護予防）福祉用具販売の登録を行う場合は、介護保険事業者番号を記載してください。

振り込み先			
金融機関名	〇〇銀行	支店名	〇〇支店
口座種目	普通・当座	口座番号	1234567
口座名義	フリガナ カブシキガイシャシカクシカクシカク ダイヒョウ カイゴタロウ		
	株式会社 □□□ 代表 介護太郎		