

介護保険受領委任事業者登録申請書

年 月 日

西東京市長 あて

届 出 者 所 在 地 \_\_\_\_\_

事業者名称 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_ 印

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	〒		
事業者 名 称	フリガナ		
電話番号		FAX番号	
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			

※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		支店名	
金融機関コード		支店番号	
口座種目	普通 ・ 当座	口座番号	
口座名義	フリガナ		