

受領委任払い事業者登録申請書

年 月 日

宜野湾市長 殿

(申請者)事業者所在地

事業者名称

代表者氏名

下記のとおり受領委任払いに係る事業者登録を受けたいので、宜野湾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実施要綱第 4 条第 1 項の規定により申請します。

|                                               |         |                 |  |       |      |    |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------|---------|-----------------|--|-------|------|----|--|--|--|--|--|
| ふりがな                                          |         |                 |  |       |      |    |  |  |  |  |  |
| 事業者名称                                         |         |                 |  |       |      |    |  |  |  |  |  |
| 事業者所在地                                        |         | 〒 ー             |  |       |      |    |  |  |  |  |  |
| 登録項目                                          |         | 福祉用具購入費 ・ 住宅改修費 |  |       |      |    |  |  |  |  |  |
| 県指定登録事業者番号<br>(※注 1)                          |         |                 |  |       |      |    |  |  |  |  |  |
| 連絡先                                           | 電話番号    |                 |  |       |      |    |  |  |  |  |  |
|                                               | FAX番号   |                 |  |       |      |    |  |  |  |  |  |
|                                               | メールアドレス |                 |  |       |      |    |  |  |  |  |  |
| 有資格者に関する事項<br>(福祉住環境コーディネーター 2 級以上)<br>(※注 2) |         | 氏名              |  | 証書番号  |      | 等級 |  |  |  |  |  |
|                                               |         |                 |  |       |      |    |  |  |  |  |  |
| 営業日                                           |         |                 |  |       |      |    |  |  |  |  |  |
| 営業時間                                          |         |                 |  |       |      |    |  |  |  |  |  |
| 通常の事業実施地域                                     |         |                 |  |       |      |    |  |  |  |  |  |
| 利用者からの苦情処理<br>のために講じる措置                       |         |                 |  |       |      |    |  |  |  |  |  |
| 受領委任払いに係る<br>登録口座                             |         |                 |  | 種目    | 口座番号 |    |  |  |  |  |  |
|                                               |         | 金融機関コード         |  | 店舗コード | 普通預金 |    |  |  |  |  |  |
|                                               |         |                 |  |       | 当座預金 |    |  |  |  |  |  |
|                                               |         | フリガナ            |  |       |      |    |  |  |  |  |  |
| 口座名義                                          |         |                 |  |       |      |    |  |  |  |  |  |

(※注 1) 特定福祉用具販売事業者のみ記入してください。

(※注 2) 福祉住環境コーディネーター 2 級以上の資格については証書の写しを添付してください(要原本証明)。また、福祉用具購入費のみ事業者登録を希望する場合、記入は不要です。