

様式第 3 号（第 5 条関係）

宇城市介護保険福祉用具購入費受領委任払事業者登録申請書

年 月 日

宇城市長 様

所 在 地
申請者 名 称
代表者氏名

宇城市介護保険福祉用具購入費受領委任払取扱事業者の登録について、宇城市介護保険福祉用具購入費受領委任払実施要綱第 5 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。

事業者所在地	〒
フリガナ 事業者名称・ 代表者氏名	
連絡先	TEL : メールアドレス :
営業形態	法人 ・ 個人
事業開始日	年 月 日

振 込 口 座	金融機関名		金融機関番号	
	店舗名		店番号	
	預金種目	普通預金・当座預金・その他（ ）		
	口座番号			
	フリガナ			
	口座名義人			

【市記入欄】※更新時のみ、記載内容に変更がなければ不要 ☐ 介護保険福祉用具購入費受領委任払誓約書 ☐ 市税に関する未納がない証明書 ☐ 通帳の写し※ ☐ 登記事項証明書（法人）※ ☐ 住民票（個人）※
--