

様式第5号（第5条関係）

介護保険福祉用具購入費受領委任払い制度取扱事業者登録事項変更届出書

平成 年 月 日

（宛先）各務原市長

事業者名称

代表者氏名

印

次のとおり、登録を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

福祉用具 販売事業者番号
事業所名称

変更年月日	平成 年 月 日	
変更があった事項	変更前の内容	変更後の内容
① 事業所名称		
② 代表者氏名		
③ 事業所の所在地	〒 ー	〒 ー
④ 連絡先	電話番号	
	FAX番号	
	メールアドレス	
⑤ 営業日		
⑥ 営業時間		
⑦ 通常の事業実施地域		

【福祉用具購入費振込先口座内容の変更】

⑧	銀行 信用金庫 組合	本店 支店 出張所	種目	1 普通預金 2 当座預金
	口座番号			
	金融機関 コード	店舗 コード	
フリガナ			
口座名義人			