

様式第1号（第4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申請書

年 月 日

（宛先）各務原市長

（申請者）住 所

事業者名称

代表者氏名

印

介護保険法に基づく特定福祉用具を販売するに際し、各務原市の定める介護保険福祉用具購入費受領委任払制度取扱事業者として登録を受けたいので、介護保険福祉用具購入費受領委任払い制度に係る取扱誓約書及び介護保険福祉用具購入費受領委任払い制度代理受領に係る届出書を添えて以下のとおり申請します。

ふりがな										
事業所名称										
ふりがな										
代表者氏名										
事業所の所在地	〒 ー									
介護事業所番号										
指定年月日	年 月 日									
職種別の従業員数	福祉用具専門相談員 名 ・ 事務員 名 ・ その他 名									
連絡先	電話番号									
	FAX番号									
	メールアドレス									
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のために講じる措置										