様式第3号(第6条関係)

受領委任払事業者申出書

年　　月　　日

日南町長　　　　様

申請者　所在地

名称

代表者名　　　　　　　　　　印

　日南町介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費及び居宅介護(介護予防)住宅改修費の支給に関する受領委任払事業者として、下記のとおり申出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業種類 | 1　福祉用具販売2　住宅改修 |
| フリガナ | 　 |
| 名称 | 　 |
| 所在地 | 〒電話番号(　　　　)　　―　　　　　 |
| フリガナ | 　 |
| 代表者名 | 　 |

受領委任払いの際の口座振込先は、下記のとおりです。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受領委任払口座振込先 | 銀行信用金庫農協 | 本店支店 | 種目 | 口座番号 |
| 1　普通2　当座3　その他　(　　　) | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 金融機関コード | 店舗コード |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| フリガナ | 　 |
| 口座名義人 | 　 |