

様式第1号

美作市介護保険 { ・福祉用具購入費  
・住宅改修費 } 受領委任払い取扱事業者登録申請書

年 月 日

美作市長 殿

申請者 所在地（住所）

事業所名

代表者名

電話番号

印

美作市介護保険福祉用具購入費及び住宅改修費の受領委任払い取扱業者に係る登録を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

営業の形態	法人 ・ 個人		
事業所所在地	〒		
事業所名称	フリガナ		
電話番号		FAX 番号	
登録を受けようとするサービスの種類	住宅改修 ・ 福祉用具販売		
介護保険事業所番号 ※			

※特定福祉用具販売に係る届出申請を行う場合は介護保険事業所番号を記載してください