

第1号様式（第5条）

横芝光町介護保険福祉用具購入費等受領委任払取扱事業者登録申請書

年 月 日

横芝光町長 様

申請者 所在地
 名 称
 代表者氏名

印

介護保険福祉用具購入費等受領委任払取扱事業者として登録を受けたいので、横芝光町介護保険福祉用具購入費等受領委任払いの実施に関する要綱第5条第1項の規定により下記のとおり申請します。

記

事業の種別	1 福祉用具の販売		2 住宅改修		
所在地	〒 ー				
フリガナ 事業者名称	-----				
フリガナ 代表者氏名	-----		フリガナ 担当者氏名	-----	
連絡先	電 話	-----			
	F A X	-----			
	Eメール	-----			
事業者の 状況	福祉用 具販売	指定都 道府県	-----	指定事業 者番号	-----
		自 己 資本金	千円		
	住 宅 改 修	許 可 登 録	大臣認可	(ー)第	号
			知事認可	(ー)第	号
自 己 資本金	千円				
従業員数	-----				
既登録状況	有 ・ 無		既登録番号	-----	

備 考

「事業の種別」欄は該当する番号に○を付けてください。

添付書類

- 1 横芝光町介護保険福祉用具購入費等受領委任払制度に係る取扱確約書（第2号様式）
- 2 事業者の履歴・実績一覧
- 3 会社のパンフレット等