

様式第4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（変更・廃止）届出書

年 月 日

（あて先）愛西市 長

住 所

事業者名称

代表者氏名

㊟

変更・廃止 (どちらかに○)	届出日 年 月 日	営業形態	法人・個人
フリガナ 事業所名			
住所 〒  電話( ) - FAX( ) -			
営業時間・休業日			
従業員数  人			
介護保険指定事業者番号			

福祉用具購入費の代理受領に係る登録口座										
銀行 信用金庫 農協			本店 支店 出張所			種目		口座番号		
金融機関コード			店舗コード			1 普通預金				
						2 当座預金				
						3 その他				
フリガナ										
口座名義人										

変更の場合は、変更部分及び事業所名を記載してください。