様式第１号

福山市介護保険福祉用具購入費等受領委任払い制度
取扱事業者届出書

年　　月　　日

福山市長　様

（届出者）法人所在地

法人名称等

代表者職名・名前

介護保険法に基づく特定福祉用具及び特定介護予防福祉用具を販売するに当たり、福山市の定める福祉用具購入費等受領委任払い制度を利用しますので、福山市介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費受領委任払い制度実施要綱第５条第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

事業所所在地	（〒　　－　　）		
事業所名称	フリガナ		
電話番号	（　　）　　－		
※都道府県等による指定事業所番号を記入してください。		事業所番号	

※支給決定通知書は、上記事業所所在地に送付します。

【指定振込口座】

金融機関名	金融機関コード	名　　称	支店名	支店コード	支店名
口座種目	普通　・　当座		口座番号		
口座名義人	フリガナ				