

岩見沢市介護保険福祉用具購入費受領委任払い制度 代理受領に係る届出書

年 月 日

岩見沢市長 様

(申請者) 住 所

事業者名称

代表者氏名

次のとおり、福祉用具購入費の受領委任について申し出ます。  
 なお、岩見沢市介護保険福祉用具購入費受領委任払い制度に基づき、受領すべき福祉用具購入費については、下記の口座へ振り込んでください。

事業所名称	
ふりがな	
代表者氏名	
事業所の所在地	
電話番号	

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 信用組合 農業協同組合	本店	種目	1 普通預金      2 当座預金
	支店	口 座 番 号	
金融機関 コード	店舗 コード		
フリガナ			
口座名義人			

※福祉用具購入費の受領委任に係る口座の登録において、郵便局口座は取扱いしていません。