

岩見沢市介護保険福祉用具購入費受領委任払い制度取扱事業者 登録届出書

年 月 日

岩見沢市長 様

(申請者) 住 所

事業者名称

代表者氏名

介護保険法に基づく福祉用具の販売に際し、岩見沢市の定める福祉用具購入費受領委任払い制度取扱事業者として登録を受けたいので、岩見沢市介護保険福祉用具購入費受領委任払い制度に係る同意書、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及び必要書類を添えて以下のとおり届け出ます。

ふりがな		
事業所名称		
ふりがな		
代表者氏名		
事業所の所在地		
連絡先	電話番号	
	FAX番号	
	メールアドレス	
営業日		
営業時間		
利用者からの苦情処理のために講じる措置		

【添付書類】 岩見沢市税の納税証明書

※すでに他の介護サービスの提供により、事業者指定を受けている場合に記入してください。

介護保険事業者番号
指定を受ける事業		