

半田市長 様

年 月 日

(申請者) 所在地
 事業者名
 代表者名

福祉用具購入費等受領委任払事業者として登録したいので次のとおり申請します。

申請日	年 月 日	登録事業	<input type="checkbox"/> 住宅改修 ・ <input type="checkbox"/> 福祉用具販売	
事業者名				
郵便番号	-	事業者番号		
住 所				
代表者名				
電話番号	-	-	半田市登録番号	
FAX番号	-	-		
メールアドレス				
備 考	変更の場合は変更箇所を具体的に記載してください。			

振込先口座

フリガナ				口 座 番 号	
口座名義人					
金融機関コード	支店 コード		口座種別	1普通 2当座 3その他 ()	
金融機関名	銀 行 信金・信組 農 協		支店名	店	

(注) この申請をすることにより受領委任払いの制度を利用する被保険者などに対して登録事業者として公表します。