

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費

受領委任払制度取扱（開始・変更・廃止）申請書

年 月 日

（宛先）旭川市長

（記入者）

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

旭川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制度実施要綱第3条第1項、第4条第1項及び第5条第1項に基づき、介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費に係る受領委任払制度の取扱いについて次のとおり申請いたします。また、居宅要介護被保険者又は居宅要支援被保険者から受領の委任を受けた介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の給付金については次の口座に振り込み願います。

なお、受領委任払制度の取扱いに当たっては、旭川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制度実施要綱及び旭川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制度取扱いについての説明書を遵守いたします。

申請内容

新規・変更前・廃止前情報		※申請の種類にかかわらず御記入ください。	
取扱事業者住所	〒 _____		
フリガナ			
取扱事業者名称			
フリガナ			
取扱事業者 代表者職氏名			
取扱事業者 電話番号/FAX番号			

変更後情報		※申請の種類が変更の場合のみ、変更箇所を御記入ください。	
変更日	平成 年 月 日		
取扱事業者住所	〒 _____		
フリガナ			
取扱事業者名称			
フリガナ			
取扱事業者 代表者職氏名			
取扱事業者 電話番号/FAX番号			

受領の委任を受けたときの振込口座情報		※事業者として使用している代表者の口座情報を御記入ください。			
振込 口座	フリガナ				
	口座名義				
		銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 本所 支所	口座番号（右づめで御記入ください）	
	金融機関コード		店舗コード		種類 1 普通 2 当座 3 その他（ ）