

様式第1号(第5条関係)

介護保険住宅改修費等受領委任払い取扱事業者登録申請書

年 月 日

(あて先)村 上 市 長

届 出 者 所 在 地 _____

事業者名称 _____

代表者氏名 _____

介護保険住宅改修費等受領委任払い取扱事業者の登録を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

営業の形態	法人 ・ 個人		
事業所所在地	(〒 -)		
事業所名称	フリガナ		
電話番号		FAX番号	
登録を受けようとするサービスの種類	住 宅 改 修		
	(介護予防)特定福祉用具販売		
有資格者数	福祉住環境コーディネーター2級以上		名
	福祉用具専門相談員		名
介護保険事業所番号			

* (介護予防)特定福祉用具販売の登録を行う場合は介護保険事業者番号を記載してください。