

第 1 号様式（第 4 条関係）

福祉用具購入費等受領委任払い事業者登録申請書  
（新規・更新）

フリガナ	
事業者名称 代表者氏名	
住所等	〒 電話 ( ) FAX ( )
営業形態	法人 ・ 個人
事業開始日	年 月 日
営業時間・休業日	営業時間 休業日
従業員数	全従業員 人 うち 1 級建築士 人 2 級建築士 人 福祉住環境コーディネーター 人 福祉用具専門相談員 人 その他の有資格者（資格名称と人数）
業務概要・特色	指定事業者番号（福祉用具販売事業者のみ）
申請区分 （該当する箇所に○を してください）	福祉用具購入費 ・ 住宅改修費
中間市長	様 上記のとおり、受領委任払い事業者の登録をしたいので、中間市介護保険福祉用具購入費及び住宅改修費の支給に係る受領委任払いに関する要綱第 4 条第 1 項の規定により申請します。 年 月 日
申請者住所 事業者名称 代表者氏名	印

第4号様式（第8条関係）

福祉用具購入費等受領委任払い事業者登録事項変更届出書

登録番号	
フリガナ	
事業者名称 代表者氏名	
住所等	〒  電話 ( ) FAX ( )
営業形態	法人 ・ 個人
事業開始日	年 月 日
営業時間・休業日	営業時間 休業日
従業員数	全従業員 人 うち 1級建築士 人 2級建築士 人 福祉用具専門相談員 人 その他の有資格者（資格名称と人数）
業務概要・特色	指定事業者番号（福祉用具販売事業者のみ）
変更内容	
変更（予定）日	年 月 日
中間市長	様 上記のとおり、受領委任払い登録事項に変更がありましたので、中間市介護保険福祉用具購入費及び住宅改修費の支給に係る受領委任払いに関する要綱第8条第1項の規定により届け出ます。 年 月 日
届出者住所 事業者名称 代表者氏名	印

第5号様式（第8条関係）

福祉用具購入費等受領委任払い事業者登録事業廃止（休止・再開）届出書

登録番号	
フリガナ	
事業者名称 代表者氏名	
住所等	〒 電話 ( ) FAX ( )
廃止・休止・再開 区分	廃止 ・ 休止 ・ 再開
廃止・休止・再開 の日付	年 月 日 (～ 年 月 日)
廃止・休止・再開 の理由	
中間市長	様 上記のとおり、受領委任払い登録事業を（廃止・休止・再開）したので、中間市介護保険福祉用具購入費及び住宅改修費の支給に係る受領委任払いに関する要綱第8条第2項の規定により届け出ます。 年 月 日
届出者住所 事業者名称 代表者氏名	印