

市町村受付印

広域連合受付印

（福祉用具購入費・住宅改修費）受領委任払い 事業者登録申請書

※太枠内を記入して下さい。

登録番号	.....
------	-------

フリガナ 事業者名称	カシカイヤ コウケンゴウ ホクブエイギョウシヨ 株式会社 広域連合 北部営業所			複数の事業所を有する場合は、事業所単位で申請してください。		
事業所所在地	〒905-00×× 沖縄県名護市〇〇△丁目□番××号			登録は、沖縄県内の事業所に限ります。		
電話番号	0980-××-××××	FAX番号	0980-△△-△△△△			
登録項目 (○を付ける)	福祉用具購入費 ・ (住宅改修費) ・ 両方 (福祉用具購入費と住宅改修費)					
資格者の有無 (※注1)	福祉住環境コーディネーター2級以上の資格者 (有) (2人) ・ 無					
	氏名	等級	氏名	等級		
	沖縄 広子	2 級				
	沖縄 三郎	2 級		免除を希望する場合、添付書類(合格証の写し)も忘れずに提出してください。		
研修受講 (※注1)	<input type="checkbox"/> 年 月 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 免除を希望 (福祉住環境コーディネーター2級以上の資格者を有するため)					
登録開始年月日 (※注2)	平成 26年 12月 1日 開始					
受領委任払いに 係る登録口座	沖縄海邦	銀行 農協 金庫・漁協	嘉手納	本店 支店 支所 出張所	種目	口座番号
	金融機関コード		店舗コード		① 普通預金 ② 当座預金	0 6 0 5 5 6 5
	0 5 9 6	0 5 2				
フリガナ 口座名義人	カシカイヤ コウケンゴウ タクホトリマリヤク ホクブ イチロウ 株式会社 広域連合 代表取締役 沖縄 一郎					

沖縄県介護保険広域連合長 様

会社(法人)名義の口座で登録してください。

上記のとおり受領委任払いに係る事業者登録を受けたいので、沖縄県介護保険広域連合福祉用具購入費及び住宅改修費の受領委任払いに関する要綱（以下「要綱」という。）第4条第3項の規定により申請します。

また、登録後は要綱及び関係法令を遵守し、適切なサービスの提供を行うことを誓約します。

平成 26年 11月 20日

会社印を押印してください。

住所 沖縄県中頭郡読谷村字〇〇△△番地  
 申請者 事業者名称 株式会社 広域連合  
 代表者氏名 沖縄 一郎

株式会社  
 広域連合  
 代表取締役  
 沖縄一郎

(備考)  
 ・申請書中「研修」とは、要綱第4条第2号に定める広域連合が実施する住宅改修の受領委任払いに関する研修をいいます。  
 ・「資格者の有無」欄で、記入欄が不足する場合は、任意の様式による資格者名簿等の提出でも可。

(添付書類)  
 ・「研修受講」欄で「免除を希望」を選択した場合、「福祉住環境コーディネーター検定試験合格証」の写し

(※注1) 福祉用具購入費のみ事業者登録を希望する場合、記入は不要です。  
 (※注2) 記入が無い場合は、要綱の施行年月日（平成26年12月1日）、施行年月日経過後は申請年月日とします。

市町村・広域連合記入欄

担当者印	市町村	広域連合	備考
	申請内容確認	電算入力処理	申請内容確認
	.....	.....	.....