

様式第 1 号の 1 （第 4 条、第 7 条関係）
介護福祉用具購入費受領委任取扱事業者登録申請書
（ 新規 ・ 更新 ）

年 月 日

伊達市長

申請者 住所
（ふりがな）
事業所名
代表者名

伊達市における介護福祉用具購入費受領委任取扱事業者の登録を受けたいので、次のとおり申請します。

		事務担当者氏名				
事業所が支社・支店等である場合	本社等名称					
	住 所					
定期休業日				特別な休業日		
営業時間						
連絡先		電話 ()		F A X ()		
福祉用具の取扱い種目 (該当するもの全てに○)		腰掛便座				
		特殊尿器				
		入浴補助用具				
		簡易浴槽				
		移動用リフトのつり具部分				
給付費受け取り指定銀行等 口座（ゆうちょ銀行を除く）		金融機関名 (金融機関コード)				
		本・支店名 (店舗コード)				
		種目	普通・当座	口座番号		
		フリガナ				
		口座名義				

誓 約 書 代表者氏名 印

- 私は、この事業者登録に際して、次の事項について誓約いたします。
- ① 福祉用具販売に際しては、利用者の自立支援を第一に考え、本人、家族、介護支援専門員と十分な協議を行います。
 - ② 保険給付費の請求事務等については、市の指示に従います。
 - ③ トラブルの如何を問わず、誠意をもって解決に努めます。
 - ④ 当事業所の責に帰すべきトラブルが連続するような場合には、市の判断で登録抹消等の処分を受けても異議はありません。