様式第１号

**記入要領**

令和　　年　　月　　日

（あて先）寝屋川市長

介護保険住宅改修施工登録事業所登録申請書

　事業所名称　　法人の場合は法人名称

代表者氏名　　代表者の氏名

「寝屋川市介護保険住宅改修費の代理受領を行う事業所の登録に関する要綱」に基づき、介護保険住宅改修施工登録事業所の登録について申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 事業所の名称 | 複数の事業所（営業所）を開設されている場合は、研修会を受講された方が所属する事業所（営業所）のみ対象としますので、必ずその事業所（営業所）の所在地、名称（営業所名）を記入してください。 |
| 事業所の所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| Ｆａｘ番号 |  |
| 担当者の氏名 |  |
| 研修受講年月日 | 令和　　年　　月　　日 |

介護保険給付費の受領委任の際の支払いについて、今後次の口座に口座振替される

よう依頼します。

|  |
| --- |
| 受領委任に係る登録口座 |
| 金融機関名  | 銀行 信用金庫 信用組合  | 支 店 名  | 本店 支店 出張所  |
| 金融機関コード  | 店舗コード  |
| 種目  | １ 普通 ２ 当座 ３その他 | 口座番号  |
| フリガナ  |
| 口座名義人  |