

様式第2号（第5条関係）

鳥羽市福祉用具購入費受領委任払い制度取扱事業者登録事項変更届出書

年 月 日

鳥羽市長 様

(申請者) 住 所

事業者名

代表者氏

印

次のとおり、登録を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

なお、被保険者、指定居宅介護支援事業者及び指定介護予防支援事業者に対し、①～⑧の変更後の内容を提供することに同意します。

福祉用具販売事業者番号	.....
事業所名称	

変更年月日		年	月	日
変更があった事項		変更前の内容		変更後の内容
①	事業所名称			
②	代表者氏名			
③	事業所の所在地	〒	—	〒 —
④	連絡先	電話番号		
		FAX番号		
		メールアドレス		
⑤	営業日			
⑥	営業時間			
⑦	通常の事業実施地域			
⑧	利用者からの苦情処理のために講じる措置			

【福祉用具購入費振込先口座内容の変更】

⑨	銀行 信用金庫 農協 信用組合 信漁連	本店 支店 出張所	種目	1 普通	2 当座
	金融機関 コード	店舗コード	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義人				