

受付番号

日常生活用具業者登録届出書

年 月 日

(あて先)小金井市長

所在地

事業者名称

代表者氏名・印

小金井市における日常生活用具業者として登録を受けたいので、小金井市日常生活用具費の代理受領を承諾し、必要書類を添えて申請します。

フリガナ			
事業所名称			
フリガナ			
代表者の氏名 (事業所)			
事業所の所在地	(〒 -)		
連絡先	電話番号	FAX番号	
取扱日常生活用具種目 (取扱をする種目の 左に○印を記入し てください)	<input type="checkbox"/>	介護・訓練支援用具	
	<input type="checkbox"/>	自立生活支援用具	
	<input type="checkbox"/>	在宅療養等支援用具	
	<input type="checkbox"/>	情報・意思疎通支援用具	
	<input type="checkbox"/>	排泄管理支援用具	
	<input type="checkbox"/>	在宅生活動作補助用具	
	<input type="checkbox"/>	住宅改修費	