様式第７号（第12条関係）

家族介護用品購入助成券取扱業者登録申請書

年　　月　　日

　（宛先）　安曇野市長

住　　所

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号　　　　　　(　　　　　　)

　家族介護用品購入助成券取扱業者として登録を受けたいので、下記のとおり申請をします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者名 |  | |
| 代表者氏名 |  | |
| 住所 |  | |
| 電話 | （　　　　） | |
| 取扱介護用品 | 紙おむつ・尿取りパッド・使い捨て手袋・防水シーツ  清拭剤（清拭用シートを含む。）・ドライシャンプー  口くうケアスポンジ・口くうケアウェットティッシュ | |
| 振込先 | 金融機関 |  |
|  | 支店等名 |  |
|  | 口座の種類 | 普通　　　当座 |
|  | 口座番号 |  |
|  | フリガナ |  |
|  | 口座名義人 |  |