様式第３号（第８条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

豊田市介護保険特別給付 おむつ販売事業者 登録申請書

　　令和 年 月 日

豊田市長 様

申請者 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 所在地

電話番号

名称・団体名

フリガナ

代表者の職名及び氏名

生年月日

豊田市介護保険特別給付おむつ販売事業者の登録を受けたいので、豊田市介護保険

特別給付事業実施要綱第８条の規定により申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 事業者名 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | | |
|  | | |
| 事業者の所在地 | | | |
| 代表者名 | | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | 電話番号  － － |
|  |

申請者が法人である場合は、様式６号(第８条関係)により、役員名簿を提出してください。