令和　　年　　月　　日

　い わ き 市 長　様

事業者名

氏　名

いわき市家族介護用品給付事業における事業者指定について（申請）

　いわき市家族介護用品給付事業における指定事業者としての認定を以下のとおり申請します。

役職名も記載願います。

店舗名

代表者名

所在地

電話番号

FAX番号

取扱品目　　　　　　　　尿取りパッド・紙おむつ

店・店舗で取り扱っている商品に〇を付けて下さい。

 ・申請書と併せて、商品を取り扱っていることが分かる画像

　（店舗内に商品が陳列されている画像等）を添付して下さい。

　※提出時には、この吹き出しを削除して

 下さい