様式第１号（第４条関係）

介護保険住宅改修費等受領委任払い取扱事業者登録届出書

年　　月　　日

　赤　平　市　長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　届出者　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　介護保険住宅改修費等受領委任払い取扱事業者の登録を受けたいので，次のとおり　　関係書類を添えて届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事　業　所  所　在　地 | （〒　　　－　　　　） | | |
| 事　業　所  名　　　称 | フリガナ | | |
| 担当者氏名 |  | | |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |