

介護保険住宅改修費受領委任払い事業者登録申請書

(新規 ・ 変更 ・ 更新)

フリガナ		
事業者名称 代表者氏名		
住所等	〒 電話 () FAX ()	
営業形態	法人 ・ 個人	
営業時間・休業日		
従業員数	うち1級建築士	人
	2級建築士	人
業務概要・特色		
変更内容		
<p>(宛先)茅ヶ崎市長</p> <p>上記のとおり受領委任払い事業者の登録をしたいので、茅ヶ崎市介護保険 居宅介護住宅改修費の受領委任払いに関する要綱第3条第1項、第5条第1項 又は第7条第1項の規定により申請します。</p> <p>年 月 日</p>		
申請者	住所	印
	事業者名称 及び 代表者氏名	