

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>(あて先)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、茅ヶ崎市介護保険住宅改修費の支給に係る受領委任払いに関する要綱第3条第1項、第5条第1項、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	