様式第５号（第７条関係）

介護保険受領委任払取扱事業者登録事項変更届出書

　　年　　月　　日

四国中央市長　　　　　様

所在地

事業者名称

代表者職氏名

　介護保険受領委任払取扱事業者の登録事項に変更があったので、四国中央市介護保険給付における受領委任払制度実施要綱第７条第１項の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所登録番号 | |  |
| 変更前 | 事業所の名称 |  |
| 事業所の所在地 |  |
| 対象保険給付費の別 | □　福祉用具購入費等  □　住宅改修費等 |
| 変更があった事項  （該当する項目番号に○印を付すこと。） | | 変更の内容 |
| １ | 事業所の名称 |  |
| ２ | 代表者氏名 |  |
| ３ | 事業所の所在地 |  |
| ４ | 電話番号又はＦＡＸ番号 |  |
| ５ | 振込先口座 |  |
| ６ | その他 |  |