様式４号（第４条関係）

大洲市介護保険受領委任払取扱事業者登録変更届出書

年 月 日

大洲市長　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　届　出　者　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　＊代表者氏名は、自署又は記名押印してください。

先に提出した大洲市介護保険受領委任払取扱事業者登録届出書の記載事項に変更があったので、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 営　業　の　形　態 | 法人　・　個人 |  |
| 事　業　所所　在　地 | （〒　　　－　　　　） |
| 事　業　所名　　　称 | フリガナ |
|  |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 登録を受けたサービスの種類 | （介護予防）住宅改修 |  |
| （介護予防）特定福祉用具販売 |  |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 登録事業所番号 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 　　 |
| 変更内容 |
| 変更事項 | 変更前 | 変更後 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 変更年月日 | 　　　　　　　　　 年　　　月　　　日 |

＊振込先口座を変更する場合は、変更後の通帳の写し（金融機関名、支店名、預金種別、口座番号、口座名義人等が分かるもの）を添付してください。