

様式第4号（第4条関係）

介護保険住宅改修費受領委任払い制度取扱事業者（変更・廃止）届出書

年 月 日

（あて先）愛西市 長

住 所
 事業者名称
 代表者氏名 ⑩

変更・廃止 (どちらかに○)	届出日 年 月 日	営業形態	法人・個人
フリガナ 事業所名			
住所 〒 電話() - FAX() -			
営業時間・休業日			
従業員数 人 (うち住宅改修が必要な理由書を作成できる従業員) 人			

住宅改修費の代理受領に係る登録口座										
銀行 信用金庫 農協			本店 支店 出張所			種目		口座番号		
金融機関コード			店舗コード			1 普通預金				
						2 当座預金				
						3 その他				
フリガナ										
口座名義人										

変更の場合は、変更部分及び事業所名を記載してください。