

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

介護保険住宅改修費受領委任払取扱事業者登録申請書

八百津町長 様

届出者 所在地 \_\_\_\_\_

事業者名称 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

介護保険住宅改修費受領委任払取扱事業者の登録を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

事業所所在地	(〒 - )		
事業所名称	フリガナ		
担当者氏名			
電話番号		FAX番号	

※ 添付書類

- 1 介護保険住宅改修費受領委任払制度に係る取扱確約書(様式第2号)