様式第4号(第7条関係)

特例介護給付費等の代理受領に係る申出書

年　　月　　日

　　　八頭町長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 申出者(設置者) | 所在地　　　　　　　　　　　名称　　　　　　　　印　　 |

　　八頭町基準該当障害福祉サービス等事業者の登録等に関する規則第7条第1項の規定により、次のとおり特例介護給付費等の代理受領について申し出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 基準該当障害福祉サービス等事業所の名称 | 　 |
| 2 | 主たる事務所の所在地 | 　 |
| 3 | 代表者の氏名 | 　 |
| 4 | サービスの種類 | 　 |
| 5 | 事業所番号 | 鳥 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 6 | 代理受領の取扱いを受けようとする期間 | 　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで　ただし、期間満了1月前までに特段の意志表示がない場合は、期間満了の日の翌日において、更に1年間順次更新したものとする。 |