

介護保険住宅改修費受領委任払い制度取扱事業者登録申請書

年 月 日

（宛先）各務原市長

（申請者） 住 所

事業者名称

代表者氏名

介護保険法（平成 9 年法律第 1 2 3 号）に基づく住宅改修を施工するに際し、各務原市の定める介護保険住宅改修費受領委任払い制度取扱事業者として登録を受けたいので、介護保険住宅改修費受領委任払い制度に係る取扱誓約書及び代理受領に係る届出書を添えて以下のとおり申請します。

ふりがな		
事業所名称		
ふりがな		
代表者氏名		
事業所の所在地		〒 ー
連絡先	電話番号	
	FAX番号	
	メールアドレス	
営業日		
営業時間		
通常の事業実施地域		
利用者からの苦情処理 のために講じる措置		