様式第2号（第3条関係）

年　　月　　日

特例居宅介護サービス計画費の代理受領に関する申出書

安来市長様

住所

事業者　名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　（印）

以下のとおり、代理受領について申し出ます。

１　代表者氏名

２　基準該当居宅介護支援事業所名

３　事業所の所在地

　　　〒

（電話番号）

４　基準該当事業所番号

５　代理受領の取扱いを受けようとする期間

　　　１年

　　　ただし、期間満了１月前までに特段の意思表示がない場合には、期間満了の日の翌日において、更に１年間順次更新をしたものとする。