

様式第4号（第4条関係）

介護保険給付費受領委任払取扱事業者登録事項変更届出書

年 月 日

高 砂 市 長 様

届 出 者 住所又は所在地
 氏名又は名称
 代表者氏名
 連 絡 先

介護保険給付費受領委任払取扱の登録内容について、次のとおり変更がありましたので、届け出ます。

登録内容について 変更があった事業者	サービスの種類 1 特定福祉用具販売 2 住宅改修	
	所在地	
	名 称	
変更があった事項（該当番号に○印）	変更の内容	
1	申請者の住所又は所在地	(変更前)
2	申請者の氏名又は名称	
3	申請者の代表者の氏名及び職名	
4	事業者の所在地	
5	事業者の名称	
6	電話番号	(変更後)
7	F A X 番号	
8	介護保険事業所番号	
9	振込先口座	
10	その他	
変 更 年 月 日		年 月 日