

様式第6号（第5条関係）

受領委任払事業者登録内容変更届出書

年 月 日

朝来市長 様

申請者 所在地

事業者名

代表者氏名

（署名されないときは記名押印してください。）

年 月 日付けで登録決定を受けた内容に、下記のとおり変更がありましたので、朝来市介護保険給付における受領委任払事務取扱要綱第5条第4項の規定により届け出ます。

記

登録番号		
変更があった事項 (該当項目の番号に○を付けてください。)		変更内容
1	事業所所在地	(変更前)
2	事業所名称	(変更後)
3	代表者氏名	
4	電話番号	
5	E-mail	
変更年月日		

※事業所の名称等に変更のある場合は、登記事項証明書を添付してください。

※代表者氏名に変更がある場合は、新しい代表者の公的身分証明書の写しを添付してください。

※市税の納税証明書を添付してください。