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(該当項目の番号に〇を付けてください。) | 変　　更　　内　　容 |
| １ | 事業所所在地 | （変更前）（変更後） |
| ２ | 事業所名称 |
| 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。 |