

記入例

(様式第 2 号)

特例介護予防サービス計画費の代理受領に係る申出書

年 月 日

豊 中 市 長 様

申出者 所在地 ○○県○○市○○町 1-1-1
事業者名(法人名) 社会福祉法人 ○○○会 ⑤
代表者氏名 理事長 豊中 太郎

介護保険法第 59 条の第 1 項第 1 号の規定による特例介護予防サービス計画費について、代理受領の取扱いを受けたいので、下記のとおり申し出ます。

記

代理受領 の取扱い を受けよ うとする 基準該当 事業所	事業所名	○○○地域包括支援センター
	代表者名	管理者 豊中 花子
	所在地	〒 地域包括支援センターの住所を記入
	電話番号	
	FAX 番号	
	介護予防支援事業所番号	