

(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
事業者名(法人名)
代表者氏名

⑨

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	
	代表者名	
	所在地	〒
	電話番号	
	FAX 番号	
	介護予防支援事業所番号	