新発田市介護サービス利用者負担額助成受領委任払い取扱事業所等届出書

年　　月　　日

（宛先）新発田市長

所在地

名称

代表者

新発田市介護サービス利用者負担額助成の受領委任払い取扱事業所について、下記のとおり届出します。

社会福祉法人	フリガナ	
	名　称	
	主たる事務所の所在地	（郵便番号　　－　　）
	電話番号	
	代表者の職・氏名	

受領委任払い取扱事業所	事業所番号	事業所の名称	所在地	実施事業の種類