様式第6号（第9条関係）

特例介護給付費の代理受領に係る申出書

　　　　年　　　月　　　日

丸亀市長　宛

所在地

事業者　名称

代表者氏名

丸亀市基準該当障害福祉サービス事業者の登録等に関する規則第9条第1項の規定により、次のとおり特例介護給付費の代理受領について申し出ます。

１　代表者の氏名

２　基準該当事業所の名称

３　基準該当事業所の所在地

４　基準該当事業所番号