様式第5号(第8条関係)

特例介護給付費等の代理受領に係る申出書

年　月　日

　　日南町長　　　　　　　様

所在地

名称

代表者

　次のとおり、代理受領について申し出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 基準該当障害福祉サービス事業所名 |  |
| 2 | 事業所の所在地 |  |
| 3 | 代表者氏名 |  |
| 4 | サービスの種類 |  |
| 5 | 基準該当事業所番号 |  |
| 6 | 代理受領の取扱いを受けようとする期間 | 年　月　日から　　　年　月　日まで  ただし、期間満了1月前までに特段の意思表示がない場合には、期間満了の翌日において、更に1年間順次更新したものとする。 |