様式第４号（第８条関係）

豊田市介護保険特別給付費 代理受領に係る申出書

令和 年 月 日

豊田市長 様

申請者

所在地

名称・団体名

代表者の職及び氏名

以下のとおり、代理受領について申し出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ 事業者名 |  | | | | | | | |
| ２ 事業者の所在地 |  | | | | | | | |
| ３ 代表者名 |  | | | | | | | |
| ４ 連　絡　先 | 電話番号　　 －　　　　－ | | | | | | | |
| ５ 振込み先口座 | 金融機関名 | | | | | | | |
| □ 銀　行 □ 本　店  □ 信用金庫 □ 支　店  □ （ ） □ 出張所 | | | | | | | |
| 口座名義 (ﾌﾘｶﾞﾅ) | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 口座区分 | 口　座　番　号 | | | | | | |
| □ 普　通  □ 当　座 |  |  |  |  |  |  |  |
| ６ 代理受領の取扱いを受けようとする期間 １年間  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  満了の日の翌日において、更に１年間順次更新をしたものとする。 | | | | | | | | |