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。 |