

第 5 号様式（第 9 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

阿賀野市長 様

申請者 所在地

事業者名称

代表者氏名 印

次のとおり特例介護給付費又は特例訓練等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