様式第４号（第４条関係）

　　　　　　　 地域生活支援給付費の代理受領に係る申出書

年　　　月　　　日

　（宛先）池田市福祉事務所長

|  |  |
| --- | --- |
| 届出者　(設置者) | 所　在　地名　　称代　表　者　　　　　　　　　　　　　　 |

　　下記のとおり､代理受領について申し出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 代表者氏名 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所の所在地 | 　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 代理受領の取扱いを受けようとする期間 | 　　　　　　　年間　ただし､期間満了の１か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さらに更新をしたものとみなす。 |