様式第８号（第１４条関係）

毛呂山町紙おむつ等支給事業指定業者変更届

年　　月　　日

　毛呂山町長　あて

名　称

申請者　代表者

連絡先

　毛呂山町紙おむつ等支給事業取扱業者の指定について、次の内容に変更がありましたので、届け出ます。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名称 | （ふりがな） | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 代表者氏名 |  | | | | | | | | | | |
| 営業所所在地 | 〒 | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電　話 |  | | | | ＦＡＸ | | | |  | |
| Ｅ-mail |  | | | | | | | | | |
| 事業所番号 |  | | | | | | | | | | |
| 営業日 |  | | | | 営業時間 | | | |  | | |
| 口座情報 | 金融機関名 | |  | | | | 支店名 | | | |  |
| 口座種別 | |  | 口座番号 | | | |  | | | |
| 口座名義 | （ふりがな） | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |

※変更が生じた内容のみを記入してください。

※介護保険事業所番号に変更がある場合、指定通知書の写しを添付してください。