

第2号様式（第2条第2項）

横浜市介護保険住宅改修費等受領委任払い取扱事業者業務概要等（変更）届出書

新規・変更 (どちらかに○)	届出日 年 月 日	NO.
		営業の形態 法人・個人
フリガナ 事業所名		
所在地 〒 ー		
電話 () FAX ()		
事業開始日		
営業時間・休業日		
従業員数 人		
うち 1級建築士 人		
2級建築士 人		
その他の有資格者（資格名称と人数を記載してください。）		
URL		

※変更の場合は、変更部分及び事業者名を記載してください。

記入例

第2号様式（第2条第2項）

横浜市介護保険住宅改修費等受領委任払い取扱事業者業務概要等（変更）届		住宅改修登録番号を記入
新規・ 変更 (どちらかに○)	届出日 平成25年1月31日	NO. 9999
フリガナ マルマルケンチクバツバツエイギョウシヨ		営業の形態 法人 ・個人
事業所名 建築××営業所		事業所単位で作成してください。 承諾書の事業者名（支店・支社以上）と事業所名が異なる場合は、『__支店 営業所』『__×社 営業所』と頭に承諾書の事業者名（支店・支社以上）を記載してください。
所在地 〒 231-8790 横浜市中区港町1丁目1番地 電話 045(664)2525 FAX 045(664)2828		
事業開始日 平成6年11月1日		事業開始年月日を記入。
営業時間・休業日 営業時間: 8:45~17:00 休業日: 土、日曜日、国民の祝日、12/29~1/3		
従業員数 8人		
うち 1級建築士	1人	有資格者のいない場合は、記入する必要はありません。
2級建築士	2人	
その他の有資格者（資格名称と人数を記載してください。）		
URL http://www.city.yokohama.lg.jp/		ホームページをお持ちの場合は、URLを記入。

※変更の場合は、変更部分及び事業者名を記載してください。