

介護 M-NET 代金回収サービス利用申込書請求用紙

令和 年 月 日

宮崎県社会福祉協議会

総務企画部企画課（介護 M-NET サービス）行

（FAX：0985-27-9003）

【送付先】

法人名 _____

事業所名 _____

〒 _____
住所 _____

TEL： _____

FAX： _____

御担当者 _____

下記のとおり、請求します。

【申請理由】 ①新規 ②変更（追加） ③解約 ※○を付けてください。

「変更」の場合、内容記載： _____

介護 M-NET 代金回収サービス利用申込書 (4枚複写)	枚
預金口座振替依頼書 (4枚複写)	名分

※ 1法人内において複数の事業所でお申込みされる場合、「利用申込書」は事業所ごとに1枚必要となります。

※ 現在、「介護M-NETサービス」を契約されている利用者分の「預金口座振替依頼書」の再提出の必要はございません。新規（変更含む）利用者がある場合のみ御記入ください。