様式第２号（第４条関係）

介護保険福祉用具購入費受領委任払い登録事業者

（変更・廃止等）届出書

　　年 　　月 　　日

肝付町長 様

所 在 地

事業者名

代 表 者 　　　　　　　　　　　　印

電話番号

介護保険福祉用具購入費受領委任払い事業者の登録について、次のとおり届け出ます。

届出の内容 １ 変更 ２ 廃止等（廃止・休止・再開・辞退）

１ 変更内容（変更する事項を○で囲むこと。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 変　更　事　項 | 事業者名称  代表者氏名  所　在　地  連　絡　先  振込口座 | 変　更　前 |  |
| 変　更　後 |  |

２ 廃止等内容

|  |  |
| --- | --- |
| 廃止等の別 | 廃止　・　休止　・　再開　・　辞退 |
| 廃止等年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 廃止等の理由 |  |