

様式第4号（第5条関係）

介護保険福祉用具購入費受領委任払い取扱事業者（廃止・休止・再開・登録辞退）届出書

年 月 日

（あて先）胎内市長

所在地 \_\_\_\_\_

事業者名 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

介護保険福祉用具購入費受領委任払いの登録に係る事業者を（廃止・休止・再開・登録辞退）しますので下記のとおり届け出ます。

登録番号		
廃止・休止・再開・登録辞退する事業者	所在地	
	事業所名	
廃止・休止・再開・登録辞退の別	廃止・休止・再開・登録辞退	
廃止・休止・再開・登録辞退年月日	年 月 日	
休止予定期間（休止の場合のみ）	年 月 日～ 年 月 日	
廃止・休止・再開・登録辞退の理由		