様式第７号

年　　月　　日

介護保険福祉用具購入費受領委任払取扱い登録事業者（廃止・休止・再開）届出書

　（あて先）四街道市長

　　　　　 　 届出者　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　事業者名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

連絡先電話番号

連絡先電子メールアドレス　　　　　　　＠

次のとおり、受領委任払いの事業を(廃止・休止・再開)しますので、下記のとおり届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号 |  |
| 事業者の名称 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 廃止・休止・再開区分 | 廃止・休止・再開 |
| 廃止・休止・再開日 | 　　年　　月　　日　(～　　　　年　　月　　日) |
| 廃止・休止・再開する理由 |  |
| 施工中の住宅改修に対する措置（休止・廃止の場合） | 　 |