

介護保険受領委任払い取扱事業者廃止・休止・再開届出書

令和 年 月 日

横手市長 様

申請者 名称及び

代表者氏名 ⑩

登録した事業を廃止・休止・再開するので次のとおり届出いたします。

廃止・休止・ 再開の別	廃止 ・ 休止 ・ 再開
廃止・休止・ 再開年月日	年 月 日
廃止・休止・ 再開の理由	
登録番号	() ※必ず記載してください。
事業の種別	1. 特定福祉用具販売 2. 住宅改修
事業者名称	
所在地	〒 (—)
連絡先	電話 FAX