様式第４号

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　　　　　　　　　　　　　㊞

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 |