様式第４号

介護保険福祉用具購入費受領委任払取扱事業者廃止（休止・再開）届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　土岐市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　届　出　者　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

次のとおり登録に係る福祉用具購入の事業の廃止（休止・再開）をしましたので、届け出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受領委任払取扱事業所登録番号 |  |  |  |  |
| 廃止・休止・再開・した事業所 | 所在地 | | | |
| 名　称 | | | |
| 廃止・休止・再開の別 | 廃止・休止・再開 | | | |
| 廃止・休止・再開した年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | |
| 廃止・休止・再開した理由 |  | | | |
| 休止予定期間（休止の場合のみ） | 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 | | | |