

西条市介護保険受領委任払登録事業所廃止等届出書

年 月 日

西条市長 殿

(届出者) 所在地
 事業者名称
 代表者職氏名
 連絡先

介護保険住宅改修等事業を廃止し、休止し、若しくは再開し、又は介護保険受領委任払登録事業所の登録を辞退するので、次のとおり届け出ます。

登録種別		福祉用具・住宅改修
登録事業所番号		
届出区分		<input type="checkbox"/> 廃止 <input type="checkbox"/> 休止 <input type="checkbox"/> 再開 <input type="checkbox"/> 辞退
廃止・休止・再開 ・辞退する事業所	事業所所在地	〒 ー
	事業所名称	
	連絡先	
廃止・休止・再開・辞退する年月日		年 月 日
廃止・休止・再開・辞退する理由		
休止予定期間 (休止の場合のみ)		年 月 日から 年 月 日まで