様式第４号（第５条関係）

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費受領委任払い取扱事業者

廃止・休止・再開・登録辞退届出書

年　　月　　日

　　　佐渡市長　　　　　　　　　　様

〒(　　　―　　　　)

(届出者)所在地

事業者名称

(電話番号　　　　　　　　　　　　)

代表者職・氏名

□ 登録に係る事業所を廃止・休止・再開しましたので下記のとおり届け出ます。

□ 登録を辞退したいので下記のとおり届け出ます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 佐渡市登録番号 |  | |
| 廃止・休止・再開・辞退する事業所 | 所在地 |  |
| 名称 |  |
| 廃止・休止・再開・辞退の別 | 廃止・休止・再開・辞退 | |
| 廃止・休止・再開・辞退年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 休止予定期間(休止の場合のみ) | 年　　　月　　　日～　　　　年　　月　　日 | |
| 廃止・休止・再開・辞退の理由 |  | |