様式第３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変更届出書

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

　次のとおり登録申請した事項に変更がありましたので届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 佐渡市登録番号 |  |
| 変更があった事項 | | 変更の内容 | |
| 1 | 事業者所在地 | (変更前) | |
| 2 | 事業者名称 |
| 3 | 代表者職・氏名 |
| 4 | 代表者印 |
| 5 | 販売事業所所在地 |
| 6 | 販売事業所名称 | (変更後) | |
| 7 | 介護保険事業所番号 |
| 8 | 販売事業所電話番号 |
| 9 | 販売事業所FAX番号 |
| 10 | 販売事業所E：mail |
| 変更年月日 | | 年　　　　　月　　　　　日 | |

※　該当項目番号に○を付してください。