様式第５号（第４条関係）

大洲市介護保険受領委任払登録事業所廃止等届出書

年　　月　　日

大洲市長　　　　　　　様

届　出　者　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　＊代表者氏名は、自署又は記名押印してください。

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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 営　業　の　形　態 | | | | | | 法人　・　個人 | | | | | | | | |  | |
| 事　業　所  所　在　地 | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事　業　所  名　　　称 | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | ＦＡＸ番号 | | | |  | | | | | | |
| 登録を受けようとするサービスの種類 | | | | | | （介護予防）住宅改修 | | | | | | | | | |  |
| （介護予防）特定福祉用具販売 | | | | | | | | | |  |
| 介護保険事業所番号 | |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | | |
| 登録事業所番号 | |  | | | | | | | | | | | |  | | |
| 届出区分 | | □ 廃止　　□ 休止　　□ 再開　　□ 辞退 | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | |