

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費受領委任払取扱事業者
（廃止・休止・再開・登録辞退）届出書

年 月 日

滑川市長 あて

（申請事業者）所在地

事業者名称

代表者氏名

- ☐ 登録に係る事業所を廃止・休止・再開しますので、次のとおり届け出ます。
- ☐ 登録を辞退したいので次のとおり届け出ます。

滑川市登録番号		
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・登録辞退	
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		