

第3号様式(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

(宛先) 新発田市長

〒 (-)

(届出者) 所在地 _____

事業者名 _____
(電話番号 _____)

代表者 職・氏名 _____

下記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。

変更があった事項		新発田市登録番号	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 : m a i l		
11	ホームページアドレス		
変更年月日		年	月 日

※ 該当項目番号に○を付してください。