

第4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廃止・休止・再開・登録辞退届  
出書

年 月 日

(宛先)新発田市長

〒(      ー      )

(届出者)所在地 \_\_\_\_\_

事業者名 \_\_\_\_\_

(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

新発田市登録番号		
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		