

第4号様式(第5条関係)

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修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

〒(—)

(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		