

介護保険住宅改修費受領委任払い登録事業廃止(休止・再開)届出書

(廃止 ・ 休止 ・ 再開)

登録番号		
フリガナ		
事業者名称		
代表者氏名		
住所等	〒 電話 () FAX ()	
廃止・休止・再開 の日付	年 月 日 (~ 年 月 日)	
廃止・休止・再開 の理由		
<p>(あて先)茅ヶ崎市長</p> <p>上記のとおり受領委任払い登録事業を廃止(休止・再開)しましたので、茅ヶ崎市介護保険住宅改修費の支給に係る受領委任払いに関する要綱第7条第2項の規定により申請します。</p> <p>年 月 日</p>		
申請者	住所	印
	事業者名称 及び 代表者氏名	