

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>(宛先)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 介護保険居宅介護住宅改修費の受領委任払いに関する要綱第7条第2項 の規定により届け出ます。</p> <p>年 月 日</p>		
申請者	住所	
	事業者名称 及び 代表者氏名	
		印