

第 5 号様式（第 6 条関係）

介護保険福祉用具購入費受領委任払い取扱事業者廃止等届出書

年 月 日

立川市長 殿

[届出者]

所在地

事業者名称

代表者
(職名・氏名) 印

介護保険福祉用具販売事業を廃止し、休止し、若しくは再開し、又は介護保険福祉用具購入費受領委任払い取扱事業者の登録を辞退するので、次のとおり届け出ます。

受領委任払い取扱事業所番号 (介護保険事業所番号)										
届出区分		☐ 廃止 ☐ 休止 ☐ 再開 ☐ 辞退								
廃止・休止・再開 ・辞退する事業所	事業所所在地	〒								
	事業所名称									
	電話番号									
廃止・休止・再開・辞退する年月日		年 月 日								
廃止・休止・再開・辞退する理由										
休止予定期間 (休止の場合のみ)		年 月 日から 年 月 日まで								