福祉用具購入費支給制度取扱事業者

登録（廃止・休止・再開）届出書

　　年　　月　　日

佐野市長　様

住所

事業所名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

佐野市介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給の受領委任に係る取扱要綱第4条の規定に基づき、福祉用具購入費支給制度取扱事業者名簿に登録(廃止・休止・再開)したいので届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 届出に係る事業所 | 指定事業所番号 |
| 名称 |
| 所在地 |
| 連絡先電話番号 |
| 届出に係る取扱事業内容 |  |
| 廃止・再開した年月日  （休止予定期間） | 年　　月　　日  （　　　年　　月　　日～　　年　　月　　日） |
| 登録年月日 |  |
| 備　　　考 |  |