

様式第3号（第5条関係）

介護保険福祉用具購入費受領委任払取扱事業者変更届出書

年 月 日

魚津市長

あて

〒(—)

(届出者)所在地 _____

事業者名 _____

(電話番号 _____)

代表者職・氏名 _____ 印

下記のとおり登録申請した事項に変更がありましたので届け出ます。

変更があった事項		魚津市登録番号	変更の内容
1	事業者所在地	(変更前)	
2	事業者名称		
3	代表者職・氏名		
4	代表者印		
5	販売事業所所在地		
6	販売事業所名称	(変更後)	
7	介護保険事業所番号		
8	販売事業所電話番号		
9	販売事業所FAX番号		
10	販売事業所E:mail		
11	ホームページアドレス		
変更年月日		年	月 日

※ 該当項目番号に○を付してください。

様式第4号（第5条関係）

介護保険福祉用具購入費受領委任払取扱事業者
（廃止・休止・再開・登録辞退）届出書

年 月 日

魚津市長

あて

〒(—)

(届出者)所在地 _____

事業者名 _____

(電話番号 _____)

代表者職・氏名 _____ 印

- 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

魚津市登録番号		
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		