様式第５号（第４条関係）

宇和島市介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費

受領委任払取扱事業者廃止・休止・再開・辞退届出書

　　年　　月　　日

宇和島市長　様

（届出者）　所　在　地

事業者名称

代表者職氏名

　次のとおり福祉用具購入費の受領委任払に係る事業の（廃止・休止・再開・辞退）を届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 受領委任払取扱事業者の登録番号 | 第　　　　　　　　号 |
| 廃止・休止・再開・辞退の別 | 廃止 ・ 休止 ・ 再開 ・ 辞退 |
| 廃止・休止・再開・辞退の年月日 | 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 |

※　廃止・休止・再開・辞退のうち、該当する項目に〇をつけてください。