

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○をつけてください。