

別記様式第2号

(第4条関係)

福祉用具購入費・住宅改修費受領委任払事業者登録変更（廃止）届出書

年 月 日

長沼町長 様

(事業者)

住 所

名 称

代表者名

印

長沼町介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費及び住宅改修費の支給に係る受領委任払に関する要綱第4条第3項の規定に基づく届出の変更及び廃止について、同要綱第4条第3項の規定により届け出ます。

記

1 届出事項 変更 廃止

変更（廃止）年月日 年 月 日

2 変更内容

□ 名 称	変更前						
	変更後						
□ 代 表 者 名							
□ 住 所	〒 -						
□ 電 話 番 号				□ FAX 番号			
□ 取 扱 事 業 種 別	1 福祉用具購入費			2 住宅改修費			
□ 振 込 口 座							
□ 金 融 機 関 名	支 店 名	種 目		口 座 番 号			
		1 普 通					
		2 当 座					
		3 其 他					
フ リ ガ ナ							
口 座 名 義 人							

備考 変更事項のみ記入してください。ただし、名称については変更前及び変更後を記入してください。