様式第５号（第５条関係）

宇城市介護保険福祉用具購入費受領委任払事業者登録変更（廃止）届出書

年　　月　　日

宇城市長　様

所在地

届出者

名　　　称

代表者氏名

□福祉用具購入費について、下記のとおり登録を受けた内容を変更しますので、

届け出ます。

□福祉用具購入費について、登録を受けた内容を廃止しますので、届け出ます。

※届出内容によりいずれかの□にチェックを入れること。

※廃止の場合は、下記の事業者情報のみ記入すること。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者情報 | | 名称 |
| 所在地 |
| 登録の種類 | | 宇城市介護保険福祉用具購入費受領委任払事業者 |
| 変更があった事項 | | 変更の内容 |
| 1 | 事業者名称 | （変更前） |
| 2 | 代表者氏名 |
| 3 | 事業者所在地 |
| 4 | 連絡先 | （変更後） |
| 5 | 営業形態 |
| 6 | 振込口座 |
| 7 | その他 |
| 変更年月日 | | 年　　月　　日 |

備考　1　該当項目番号に○を付してください。

　　　2　変更内容が分かる書類を添付してください。