

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。