様式第５（第４条関係）

大口町福祉用具購入費受領委任払い取扱事業者登録廃止（休止・再開）届出書

　　年　　月　　日

大口町長　様

（申請者）

事業者名

代表者氏名

　次のとおり、登録を受けた内容を登録廃止（休止・再開）しましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 大口町受領委任払い取扱事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所の名称 |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 届出区分 | 廃止　　　・　　　休止　　　・　　　再開 | | | | | | | | | |
| 廃（休）止・再開日 | 年　　月　　日　　（　～　　　　年　　月　　日） | | | | | | | | | |
| 廃（休）止の理由 |  | | | | | | | | | |