

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）所在地  
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	