

市町村受付印

広域連合受付印

(福祉用具購入費・住宅改修費) 受領委任払い 事業者登録廃止届出書			
※太枠内を記入して下さい。			
登録番号	(※注) 登録番号が分からない場合は空欄にしてください。		
登録項目 (○を付ける)	福祉用具購入費 ・ 住宅改修費 ・ 両方 (福祉用具購入費と住宅改修費)		
フリガナ 事業者名称 (事業所名称)			
事業者所在地 (事業所所在地)			
代表者氏名			
電話番号			
廃止年月日			
廃止の理由			
沖縄県介護保険広域連合長 様			
上記のとおり受領委任払いに係る事業者登録を廃止しますので、沖縄県介護保険広域連合福祉用具購入費及び住宅改修費の受領委任払いに関する要綱第 6 条第 2 項の規定により届け出ます。			
年 月 日			
住 所			
届 出 者 事業者名称			
代表者氏名			

市町村・広域連合記入欄

	市 町 村	広域連合	備 考
	申請内容確認	電算入力処理	
担当者印	・	・	・