様式第６号（第７条関係）

介護保険受領委任払取扱事業者廃止等届出書

年　　月　　日

四国中央市長　　　　　様

所在地

事業者名称

代表者職氏名

下記のとおり登録に係る事業を（廃止・休止・再開）したので、四国中央市介護保険給付における受領委任払制度実施要綱第７条第２項の規定により届け出ます

記

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所登録番号 |  |
| 事業所の名称 |  |
| 事業所の所在地 |  |
| 廃止・休止・再開の別 | 廃止・休止・再開 |
| 廃止・休止・再開年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 廃止又は休止の理由 |  |
| 休止予定期間  （休止の場合に限る。） | 年　　月　　日から　　年　　月　　日まで |