様式第４号（第５条関係）

年　　月　　日

**八頭町介護保険住宅改修費等受領委任払い登録**

**（変更・廃止・休止・再開・辞退）届出書**

　八頭町長　様

　事業所名

　　所在地

　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　㊞

　八頭町介護保険住宅改修費等受領委任払いの登録を変更するので、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 登録番号 |  | 事業の種類 | 特定福祉用具販売・住宅改修 |
| 事業所の名称 |  | | |
| 主たる事務所の所在地 |  | | |
| 電話番号 |  | | |

届出の事由・内容

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 変更があった事項 | | 事業所の名称 ・事業所の所在地 ・代表者氏名 ・休止・廃止・その他 | | | | | |
| 変　更　年　月　日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | |
| 変　更　の　内　容 | | | | | | | | 年　　　　月　　　　日 |
| （変更前） |  |  |  | （変更後） |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 休止予定期間 | | 年　　　　月　　　　日から　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | |