

様式第5号（第5条関係）

年 月 日

介護保険住宅改修費受領委任払取扱事業者事業（廃止・休止・再開）届出書

八百津町長 様

届出者 所在地 _____

事業者名称 _____

代表者氏名 _____ ⑩

次のとおり登録に係る住宅改修の事業の（廃止・休止・再開）をしましたので、届け出ます。

受領委任払取扱事業所登録番号	
廃止・休止・再開した事業所	所在地
	名称
廃止・休止・再開の別	廃止・休止・再開
廃止・休止・再開した年月日	年 月 日
廃止・休止・再開した理由	
休止予定期間（休止の場合のみ）	年 月 日 ～ 年 月 日