令和　　年　　月　　日

介護保険受領委任払い登録（変更・休止・廃止）届出書

　多　摩　市　長　殿

事業者の名称

事業者の所在地

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

　介護保険受領委任払いの登録を（変更・休止・廃止）いたしますので、下記のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目番号 | １　名称　　　　　２　代表者　　　　　３　所在地  ４　印鑑　　　　　５　電話番号　　　　６　その他 | | | | | | | | | | |
| 事業の種別 | １．特定福祉用具の販売　　　　　２．住宅改修 | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ※特定福祉用具販売の  登録を行う場合に記載 |

届出の事由・内容

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出の事由 | | 変更・休止・廃止 | 事由の発生した年月日 | |  |
| 変更の内容 | | | | | |
| 変更事項  （項目番号） | 変更前 | | | 変更後 | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |