

第 17 号様式

介護保険住宅改修費等受領委任払い取扱事業者廃止・休止・再開・辞退届出書

年 月 日

(あて先) 小 郡 市 長

届 出 者 所 在 地 \_\_\_\_\_

事業者名称 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_ 印

次のとおり登録に係る住宅改修費等の事業の（廃止・休止・再開・辞退）をいたしましたので、届け出ます。

受領委任払い取扱事業者登録番号	
廃止・休止・再開・辞退した事業所	サービスの種類
	所在地
	名 称
廃止・休止・再開・辞退の別	廃 止 ・ 休 止 ・ 再 開 ・ 辞 退
廃止・休止・再開・辞退した年月日	年 月 日
廃止・休止・再開・辞退した理由	
休止予定期間（休止の場合のみ）	年 月 日～ 年 月 日

小郡市受付印