年　　月　　日

介護保険福祉用具購入費受領委任払取扱事業者廃止届出書

阿賀野市長　様

（届出者）所在地

事業者名称

代表者氏名

年　　月　　日付けで登録を受けた阿賀野市介護保険福祉用具購入費受領委任払取扱事業者の登録について、次のとおり廃止したいので、阿賀野市介護保険福祉用具購入費受領委任払実施要綱第５条第２項の規定により届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 登 録 番 号 |  |
| 事業者の所在地 | 〒　　　－ |
| フリガナ |  |
| 事業者名称 |  |
| 廃止の理由 |  |