

様式第4号（第4条関係）

様似町介護保険居宅介護福祉用具購入費等受領委任払い変更（廃止）届出書

年 月 日

様似町長 様

(事業者)
住所
名称
代表者名 印

様似町介護保険福祉用具購入費等受領委任払い実施要綱第4条第1項の規定に基づく届出の変更及び廃止について、同要綱第4条第4項の規定により届け出ます。

記

1 届出事項 ☐ 変更 ☐ 廃止

変更（廃止）年月日 年 月 日

2 変更内容

☐ 名 称			
☐ 代表者名			
☐ 住 所	〒 —		
☐ 電話番号		☐ FAX番号	
☐ 取扱事業(給付費)	☐ 福祉用具購入費 ☐ 住宅改修費		
☐ 振 込 口 座			
金 融 機 関 名	支 店 名	種 目	口 座 番 号
		1 普通 2 当座 3 その他 ()	
フ リ ガ ナ			
口 座 名 義 人			

備考 変更する項目にレ点を付け、変更事項のみ記入してください。