様式第4号(第5条関係)

介護保険福祉用具購入費受領委任払取扱事業者登録変更届出書

年　　　月　　　日

　大石田町長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 　 | 事業者名称 |
| 所在地 |
| 代表者　　　　　　　　　　　　　　　 　　　印 |
| 連絡先 |

　次のとおり登録を受けた内容に変更(廃止・休止・再開・辞退)が生じたので届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号 | 　 |
| 変更年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 変更事項 | 変更前 | 変更後 |
| フリガナ | 　 | 　 |
| 法人名等 | 　 | 　 |
| 郵便番号 | (〒　　　　　　―　　　　　　　　) | (〒　　　　　　―　　　　　　　　) |
| 住所 | 　 | 　 |
| フリガナ | 　 | 　 |
| 代表者氏名又は個人名 | 　 | 　 |
| 電話番号 | 　 | 　 |
| FAX番号 | 　 | 　 |
| 備考 | 　 | 　 |

振込先口座の変更　(変更分)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 　 | 銀行・農協信金・信組 | 　 | 本店・支店支所・出張所 |
| 預金種目 | 　普通　　　　　当座　　　　　貯蓄　　　　　その他(　　　　　　　　) |
| 口座番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| フリガナ | 　 |
| 口座名義 | 　 |

※廃止・休止・再開・辞退の場合は、表題の該当部分に丸印を付け、枠内の「登録番号」「変更年月日」のみ記載すること。