

様式第5号の1（第8条関係）

介護福祉用具購入費受領委任取扱事業者登録内容変更届出書

年 月 日

伊達市長

申請者 住所
 (ふりがな)
 事業所名
 代表者名

介護福祉用具購入費受領委任取扱事業者登録の申請内容に変更があったので、次のとおり届け出ます。

変更事項			登録番号	変更内容
1		住所		(変更前)
2		事業所名称（ふりがなも記載）		
3		代表者氏名		
4		連絡先（電話番号又はFAX番号）		
5		本社等名称		
6		本社等住所		
7		定期休業日		(変更後)
8		特別な休業日		
9		営業時間		
10		福祉用具の取扱い種目		
11		給付費受け取り指定銀行等口座 （銀行等名・本支店名、種目、口座番号、口座名義、名義フリガナ 全て記載）		
変更年月日			年 月 日	

備考 該当する変更事項の番号欄の右欄に○を記入してください。