

様式第5号（第4条関係）

介護保険給付費受領委任払取扱廃止・休止・再開届出書

年 月 日

高 砂 市 長 様

届 出 者 住所又は所在地  
氏名又は名称  
代表者氏名  
連 絡 先

次のとおり、介護保険給付費受領委任払取扱の（廃止・休止・再開）をしましたので、  
届け出ます。

|                     |                                 |
|---------------------|---------------------------------|
| 廃止・休止・再開した事業者       | サービスの種類<br>1 特定福祉用具販売<br>2 住宅改修 |
|                     | 所在地                             |
|                     | 名 称                             |
| 廃止・休止・再開の別          | 廃止 ・ 休止 ・ 再開                    |
| 廃止・休止・再開した年月日       | 年 月 日                           |
| 廃止・休止・再開した理由        |                                 |
| 休止予定期間<br>(休止の場合のみ) | 年 月 日から 年 月 日まで                 |