

介護保険立替事業同意事業者登録廃止申請書

令和 年 月 日

三田市長あて

届出者 所在地

事業者名称

代表者氏名

印

介護保険立替事業同意事業者登録について廃止を行うので、次のとおり申請をします。

| | |
|--------------------|--|
| 事業者の名称 | |
| 事業者の所在地 | |
| 登録年月日 | 平成・令和 年 月 日 |
| 廃止年月日 | 令和 年 月 日 |
| 登録を廃止しようとするサービスの種類 | 居宅介護(介護予防)住宅改修費 <input type="checkbox"/> |
| | 特定(介護予防)福祉用具販売 <input type="checkbox"/> |