

(様式第 5 号)

補装具費の代理受領に係る業者登録変更届出書

交野市福祉事務所長 宛

年 月 日

申請者 所在地
事業者名称
代表者氏名

次のとおり、登録内容に変更があったので、交野市補装具費の代理受領に係る業者の登録等に関する要綱に基づき届け出ます。

届出事項（該当する事項の番号を○で囲む）

1 事業者に関する変更

(1) 所在地 (2) 名称 (3) 代表者氏名

2 事業所に関する変更

(1) 所在地 (2) 名称 (3) 代表者氏名 (4) 取扱補装具種目
(5) その他

事項	変更前	変更後	変更日

※ それぞれ変更事項が分かる書類を添付すること

3 事業所の (廃止 ・ 休止 ・ 再開)

(廃止 ・ 休止 ・ 再開) 年月日

年 月 日

理由