様式第９号（第12条関係）

年　　月　　日

家族介護用品購入助成券取扱業者登録（　変更 ・ 廃止　）届

（宛先）　安曇野市長

（届出者）

住　　所

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号　　　　　　(　　　　　　)

家族介護用品購入助成券取扱業者登録の変更・廃止を届け出ます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者名 | |  |
| 届出内容 | | 変更　　　・　　　廃止 |
| 変更の  内容 | 新 |  |
| 旧 |  |
| 廃止理由 | |  |
| 上記の理由が  発生した日 | | 年　　　月　　　日 |