

様式第43号（第45条関係）

補装具事業者事業廃止（休止・再開）届出書

年 月 日

大田原市福祉事務所長 様

所在地

事業者名称

代表者氏名

印

次のとおり補装具費の代理受領の補装具事業者として登録の廃止（休止・再開）をした
いので、大田原市障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための実施規則第4
5条の規定によりお届けします。

記

理 由