

令和 年 月 日

熊本市長 様

申請者

住 所.....

事業所名／団体名.....

代表者名.....

連絡先(TEL).....

熊本市介護保険サポーター・ポイント制度受入機関指定廃止届

熊本市介護保険サポーター・ポイント制度受入機関の指定を下記の理由により廃止いたします。

記

事業所名／活動場所名	
指定No.	
スタンプ番号	☐ 返却あり ☐ 返却なし
担当者	
廃止日	
廃止理由	

《提出先》

〒860-8601（市役所専用郵便番号） ※この郵便番号を記載すれば住所記載省略可

熊本市中央区手取本町1-1 熊本市役所介護保険課 総務企画班

TEL：096-328-2347 FAX：096-327-0855

記入もれがないか確認

様式 4

令和 年 月 日

熊本市長 様

申請者

住 所.....

事業所名／団体名.....

代表者名.....

連絡先(TEL).....

熊本市介護保険サポーター・ポイント制度受入機関指定廃止届

熊本市介護保険サポーター・ポイント制度受入機関の指定を下記の理由により廃止いたします。

スタンプ本体の側面に記入してある番号

記

事業所名／活動場所名			
指定No.			
スタンプ番号		☐ 返却あり	☐ 返却なし
担当者			
廃止日			
廃止理由			

《提出先》

〒860-8601（市役所専用郵便番号） ※この郵便番号を記載すれば住所記載省略可

熊本市中央区手取本町1-1 熊本市役所介護保険課 総務企画班

TEL：096-328-2347 FAX：096-327-0855