

様式 4

年 月 日

(あて先) 仙 台 市 長

**障害者自立支援給付（補装具費）の代理受領に関する廃止届出書**

事業者 住 所

事業者名

代表者名

印

TEL

FAX

次のとおり、補装具費の代理受領の取扱いを廃止したいので届出ます。

記

(1) 取扱廃止希望日 年 月 日

(2) 理由

(注) 廃止を希望する 60 日前までに提出してください。