様式第９号

小樽市介護用品助成事業指定店解除届出書

年　　月　　日

（宛先）小樽市長

申請者

住　　所

名　　称

代表者名　　印

電話番号

小樽市介護用品助成事業指定店の登録を解除したいので届け出ます。

販　売　店　名	
販売店所在地	
販売店電話番号	
解除の理由	