指定介護予防・日常生活支援総合事業

廃止（休止）届出書

　　　　年　　月　　日

杵築市長　様

届出者　　所在地

　　　　　名称

代表者氏名

　　次のとおり事業を廃止（休止）するので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止・休止する事業所 | 名　称 | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 |  | | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止の別 | 廃止　　・　　休止 | | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止する年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止する理由 |  | | | | | | | | | | | |
| 現にサービスを受けて  いた者に対する措置 |  | | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 年　月　日 ～　　　年　月　日 | | | | | | | | | | | |