

廃止・休止届出書

年 月 日

市(区・町・村)長殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり事業を廃止(休止)するので届け出ます。

|                     |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                     | 介護保険事業所番号   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                     | 法人番号        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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る者に対する措置 |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 休止予定期間              | 休止日 ~ 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

備考 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。