

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。