

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																
現にサービス又は支援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。