廃止·休止届出書

任	8	
	л	-

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				
	法人番号				
	名称				
廃止(休止)する事業所	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	B

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。