

廃止・休止届出書

年 月 日

さぬき市長 殿

所在地

事業者 名 称

代表者氏名

次のとおり事業を廃止(休止)したいので届け出ます。

|                         |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                         | 介護保険事業者番号    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止(休止)する事業所             | 名 称          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                         | -----<br>所在地 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| サービスの種類                 |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 休止・廃止の別                 | 休 止 ・ 廃 止    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 休止・廃止する年月日              | 年 月 日        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 休止・廃止する理由               |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 現にサービス又は支援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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |