様式第４号(第２条関係)

廃止・休止届出書

年　　　月　　　日

愛南町長　　様

住所(所在地)

開設者　名称

氏名(代表者氏名)

次のとおり事業を廃止(休止)するので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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。