様式第５号(第４条関係)

廃止・休止届出書

年　　　月　　　日

　愛南町長　　様

所在地

事業者　名称　　　　　　　　　　　　印

代表者氏名

　次のとおり事業の廃止・休止をするので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止・休止する事業所 | 名称 | | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | | | | |
| 現に居宅介護支援又は介護予防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 | | | | | | | | | | |

備考　廃止又は休止の１月前までに届け出てください。