様式第５号（第６条関係）

廃止・休止届出書

年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 御船町長 | 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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。