

廃止・休止届出書

年 月 日

平川市長 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													
		法人番号													
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。