様式第4号(第6条関係)

甲佐町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者廃止・休止届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

甲佐町長　　　　　　様

所在地

事業(開設)者 名　称

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

次のとおり事業を(廃止・休止)することとしたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止・休止する事業所 | 名称 |
| 　　　(郵便番号　　　　－　　　　)所在地　　 |
|  |  |
| 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 | 　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　年　　　月　　　日 |
| 届 出 書 担 当 者 |  | 連　絡　先 |  |

備考　廃止・休止する日の1月前までに届け出ること。