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										
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	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。