

様式第3号の2(第3条関係)

廃止・休止届出書

年 月 日

三豊市長 様

申請者(所在地)

住所

(名称及び代表者氏名)

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											
廃止・休止 する年月日	年 月 日											
廃止・休止 する理由												
現に介護支援 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 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。