様式第８号（第５条関係）

　　　年　　　月　　　日

　三豊市長　　様

　　　　　　　　　　　　　申請者　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（個人にあっては、住所）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（個人にあっては、氏名）

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

　三豊市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定に関する要綱第５条第２項の規定により、次のとおり事業所（施設）を廃止（休止）しますので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止（休止）する事 業 所 ・ 施 設 | 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 | 　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。