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。