

様式第4号の2(第4条関係)

廃止・休止届出書

年 月 日

三豊市長 様

所在地

事業者 名称



代表者氏名

次のとおり事業の廃止(休止)をするので届け出ます。

	介護保険事業者番号																		
廃止(休止)する事業所	名称																		
	所在地																		
サービスの種類																			
休止・廃止の別	休止・廃止																		
休止・廃止する年月日	年 月 日																		
休止・廃止する理由																			
現にサービス又は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。