第5号様式(第4条関係)

廃止・休止届出書

年　　月　　日

　匝瑳市長　　　　あて

届出者　所在地

名　称

代表者氏名

　下記のとおり事業の廃止(休止)をしますので届出します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 |  |
| 廃止(休止)する事業所 | 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 | |

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。