

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所 廃止(休止)届出書

年 月 日

匝瑳市長 あて

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり事業の廃止(休止)をするので、匝瑳市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所の指定等に関する規則第6条第2項の規定により届け出ます。

	介護保険事業所番号	
廃止（休止）する事業所	名称	
	所在地	
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		
現にサービスを受けている者に対する措置		
休止予定期間	休止日 ～ 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。