様式第５号（第６条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業廃止・休止届出書

年　　月　　日

高根沢町長

所在地

届出者　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　印

次のとおり、事業を廃止（休止）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 | 所在地 | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | | | | | |
| 現にサービスまたは支援を受けていた者に対する措置（廃止・休止する場合のみ） |  | | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |