栄村介護予防・日常生活支援総合事業指定事業廃止・休止届出書

年　　月　　日

栄　村　長　　様

所　在　地

事業者　名　　　称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

　次のとおり事業の廃止（休止）をしますので、介護保険法施行規則第140条の62の3第2項第4号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・休止しようとする年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止しようとする理由 |  | | | | | | | | | | |
| 既にサービスを受けている者に対する措置 |  | | | | | | | | | | |
| 休止の予定期間 | 年　　月　　日　　～　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |

備考　廃止し、又は休止しようとする日の1月前までに届け出てください。