事業の廃止（休止）届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

守　山　市　長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　法人名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

次のとおり事業を廃止（休止）するので、届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 | ２ | ５ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止（休止）する事業所 | 名称 | | | | | | | | | | |
| 所在地  　守山市 | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 | □ 旧介護予防訪問介護相当サービス  □ 訪問型サービスＡ（生活援助サービス）  □ 旧介護予防通所介護相当サービス  □ 通所型サービスＡ（リハビリデイ）  □ 通所型サービスＡ（ゆったりデイ）  □ 介護予防ケアマネジメント | | | | | | | | | | |
| 廃止または休止の別 | 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 |  | | | | | | | | | | |
| 休止の予定期間 | 休止日から　　　　年　　　　月　　　　日まで | | | | | | | | | | |

注　廃止または休止する日の１月前までに届け出てください。