介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者廃止・休止届出書

年　　月　　日

二本松市長

所在地

事業者　名　称

代表者

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 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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  （いずれかを○で囲む。） | 廃止　　　・　　　　休止 | | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止する年月日 |  | | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間  (休止する場合のみ記入) |  | | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止する理由 |  | | | | | | | | | | | |
| 現にサービス等を受けていた者に対する措置（具体的に記入してください。） |  | | | | | | | | | | | |