様式第５号(第４条関係)

廃止・休止届出書

年　　月　　日

　(宛先) 玉村町長

所在地

事業者　名称

代表者氏名　　　　　　　　　　印

　次のとおり事業を廃止(休止)しますので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止(休止)しようとする事業所 | 名称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 |  | | | | | | | | | | |
| 休止・廃止の別 | 休止・廃止 | | | | | | | | | | |
| 休止・廃止しようとする年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 休止・廃止しようとする理由 |  | | | | | | | | | | |
| 現にサービス又は支援を受けていた者に対する措置 |  | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |