

第5号様式(第3条)

廃止・休止届出書

年 月 日

横芝光町長 様

所在地

事業者 名称

代表者氏名



次のとおり事業の廃止・休止をしましたので届け出ます。

	介護保険事業者番号								
廃止・休止する事業所	名称								
	所在地								
サービスの種類									
休止・廃止の別	休 止 ・ 廃 止								
休止・廃止した年月日	年 月 日								
休止・廃止した理由									
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								