

廃止・休止届出書

年 月 日

横芝光町長 殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

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								
	法人番号								
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									
休止予定期間	休止日 ~ 年 月 日								

備考 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。