

様式第4号(第2条関係)

廃止・休止届出書

年 月 日

愛南町長 様

住所(所在地)  
開設者 名称  
氏名(代表者氏名)

次のとおり事業を廃止(休止)するので届け出ます。

	介護保険事業者番号																			
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																				
現にサービス又は支援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。