第４号様式

廃止・休止届出書

令和　　年　　月　　日

日　田　市　長　　様

所在地

申請者

名　称

代表者氏名

次のとおり事業の　廃止・休止　をしますので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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・廃止する年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 休止・廃止する理由 |  | | | | | | | | | | | |
| 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 | 令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |

備考　廃止・休止する日の１月前までに届出ること。