

介護予防・日常生活支援総合事業廃止（休止）届出書

年 月 日

五ヶ瀬町長 様

所在地

届出者 名称

代表者氏名



次のとおり事業所を廃止（休止）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													
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	年 月 日 ～ 年 月 日												
届出書担当者						連絡先							

備考 廃止・休止する1月前までに届け出ること。