様式第3号の2(第3条関係)

廃止・休止届出書

年　　月　　日

　美作市長　様

所在地

事業者　　名称　　　　　　　　　　印

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・廃止しようとする年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 休止・廃止しようとする理由 | |  | | | | | | | | | | |
| 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 | | 年　月　日～　　年　月　日 | | | | | | | | | | |