様式第９号（第3条関係）

廃止(休止)届出書

年　　月　　日

睦沢町長　　　　　　様

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者 | 所在地  名称  代表者氏名　　　　　　　　　　　　印 |

　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)しようとする事業所 | 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)しようとする年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 休止の予定期間 | 年　月　日～　　　　年　月　日 | | | | | | | | |
| 廃止(休止)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 |  | | | | | | | | |

備考　事業を廃止し、又は休止しようとする日の1か月前までに届け出てください。