様式第４号（第３条関係）

廃止（休止）届出書

年　　月　　日

　　　東かがわ市長　　殿

　　　　　　　　　　　　届出者　住　所

　　　　　　　　　　　　氏　名印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人にあっては、主たる事務所の

所在地、名称及び代表者の氏名

　次のとおり事業の廃止（休止）をしたいので、介護保険法第82条第２項の規定により届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所 | 名称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| 届出の種別 | 廃　止 ・休　止 | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 |  | | | | | | | | | | |
| 廃止（休止）しようとする年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 廃止（休止）しようとする理由 |  | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |