様式第4号(第3条，第9条，第14条，第19条関係)

指定地域密着型サービス事業所

指定地域密着型介護予防サービス事業所

指定居宅介護支援事業所

廃止(休止)届出書

年　　月　　日

　　　阿見町長　　　　　　　　　　殿

住所

開設者　(所在地)

氏名

(名称及び代表者氏名)

　次のとおり事業を廃止(休止)するので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 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 | 休止日　～　　　　　年　月　日 |

備考1　廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。

　　2　この様式により難いときは，この様式に準じた別の様式を使用することができます。