様式第3号の2(第3条関係)

廃止・休止届出書

年　　月　　日

　吉備中央町長　様

事業者　　　所在地

名称

代表者氏名

　次のとおり事業の廃止(休止)を届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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・廃止する年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | |
| 休止・廃止する理由 |  | | | | | | | | |
| 現に指定地域密着型サービス  (地域密着型介護予防サービス)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 | | | | | | | | |