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 |