様式第5号(第4条関係)

指定居宅介護支援事業所

指定介護予防支援事業所　廃止・休止届出書

年　　月　　日

　南丹市長　　　　　　　　　様

所在地

　申請者　　名　称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　印

　次のとおり事業の廃止（休止）をするので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  | | | | | | | | | | |
| 現に居宅介護支援又は  介護予防支援を受けて  いる者に対する措置 |  | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 年　　　月　　　日  ～　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |

　備考　事業の廃止又は休止をしようとする日の1月前までに届け出てください。