様式第　号（第　条関係）

廃止･休止届出書

年　　月　　日

　　　伊方町長

所在地

申請者　　名　称

代表者職・氏名

　　　　　　次のとおり事業を廃止（休止）するので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 法人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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　廃止又は休止する日の１月前までに届け出てください。