様式第５号（第３条関係）

廃止・休止届出書

年　　月　　日

東松島市長　様

所 在 地

申請者　名　　称

代表者名　　　　　　　　　　　　　　㊞

　次のとおり事業を廃止（休止）したいので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 居宅介護支援 | | | | | | | | | | |
| 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 | 年　　月　　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。