様式第３号（第６条関係)

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者

廃止・休止届出書

年　　月　　日

　　久喜市長　　　　あて

所在地

事業者　名称

代表者氏名

　次のとおり事業の廃止・休止をしますので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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・休止した年月日 | 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た者に対する措置 |  | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間  （休止の場合のみ） | 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |