

廃止・休止届出書

年 月 日

朝霞市長 様

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・休止しようとする事業所 | 名称 |
| | 所在地 |
| 廃止・休止しようとするサービス種類 | |
| 廃止・休止の別 | 廃止・休止 |
| 廃止・休止しようとする年月日 | 年 月 日 |
| 廃止・休止しようとする理由 | |
| 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 |