

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

印

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            |
|                         | -----<br>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 |