様式第４号（第４条関係）

廃止・休止届出書

年　月　日

　　志布志市長　　　　　　　　　　様

事業者　所在地

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 | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 |  | | | | | | | | | | |
| 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　日から　　　年　月　日まで | | | | | | | | | | |

　備考　廃止・休止の日の１月前までに届け出てください。