第８号様式の２（第４条第２項）

指定地域密着型サービス事業者・

指定地域密着型介護予防サービス事業者　廃止・休止届出書

年　　月　　日

　(あて先)東金市長

主たる事務所

の所在地

届出者　　名　　　　称

　代表者氏名　　　　　　　　　　㊞

　次のとおり事業を廃止し、又は休止するので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止し、又は休止しようとする事業に係る事業所 | | 名称 | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | |
| サービスの種類 | |  | | | | | | | | | |
| 廃止又は休止の別 | | 廃止　・　休止 | | | | | | | | | |
| 廃止し、又は休止しようとする年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 廃止し、又は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、又は休止の日の１月前までに届け出てください。