

廃止・休止届出書

年 月 日

川場村長 様

事業者

所在地  
名称  
代表者氏名

印

次のとおり事業を廃止（休止）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       |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 休 止 ・ 廃 止 の 別       | 休 止 ・ 廃 止    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 休止・廃止しようとする年月日      | 年 月 日        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 休止・廃止しようとする理由       |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 現にサービスを受けていた者に対する措置 |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 休 止 予 定 期 間         | 年 月 日～ 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |