

様式第5号（第4条関係）

廃止・休止届出書

年 月 日

（宛名）えびの市長

所在地
申請者 名称
代表者職名・氏名

次のとおり事業を廃止（休止）するので届け出ます。

	介護保険事業所番号														
廃止（休止）する事業所	名称														
	所在地														
サービスの種類															
廃止・休止の別	廃止 ・ 休止														
廃止・休止する年月日	年 月 日														
廃止・休止する理由															
現にサービスを受けている者に対する措置															
休止予定期間	休止日 ～ 年 月 日														

備考 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。