様式第４号(第８条関係)

介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業廃止・休止届出書

年　　月　　日

　七ヶ浜町長　殿

所在地

（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

申請者

名称　　　　　　　　　　　　　印

（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

　次のとおり事業を廃止(休止)しますので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  | | | | | | | | | |
| 現に第１号事業を受けている者に対する措置 |  | | | | | | | | | |
| 休止しようとする場合にあっては、休止の予定期間 | 年　月　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。