様式第５（第４条関係）

指定居宅介護支援事業者廃止・休止届出書

年　　　月　　　日

　　東郷町長　　　殿

所在地

申請者

名　称　　　　　　　　　　　　　　　　印

代表者氏名

　次のとおり事業を廃止・休止しますので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止・休止する事業所 | | 名称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| 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 | |  | | | | | | | | | | |
| 現に居宅介護支援を受けている者に対する措置 | |  | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | | 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。