

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  
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。