指定居宅介護支援事業廃止（休止）届出書

年　　月　　日

　　（宛先）五島市長

所在地

申請者　名　称

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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止し、又は休止しようとする事業所 | 名称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| 廃止又は休止の別 | 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 |  | | | | | | | | | | |
| 現に指定居宅介護支援を受けている者に対する措置 |  | | | | | | | | | | |
| 休止の予定期間 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |