

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																			