様式第３号（第３条関係）

廃止・休止届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　森町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者　（所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

（名称及び代表者氏名）

　　次のとおり事業を廃止（休止）するので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止（休止）する事業所 | 名　称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 |  | | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | | | | |
| 現にサービス又は支援を受けている者に対する措置 |  | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 休止日　　　～　　　　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。