

様式第5号（第3条関係）

廃止・休止届出書

年 月 日

大田原市長 様

住所  
開設者（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。