様式第４号(第３条関係)

廃止・休止届出書

年　　月　　日

　(宛先)南アルプス市長

所在地

申請者　名称

代表者氏名　　　　　　　　　　㊞

　次のとおり事業の廃止・休止を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 | | | | | | | | | | |
| 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た者等に対する措置 |  | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 休止日　　～　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |

備考　１　廃止又は休止する日の１月前までに届け出てください。

　　　２　廃止又は休止に当たり講じた措置内容が確認できる書類を添付してください。