

廃止・休止届出書

年 月 日

堺市長様

所在地

申請者 名称

代表者職名・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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 法人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。

| | | | |
|-----|--|-----|--|
| 担当者 | | 連絡先 | |
|-----|--|-----|--|