様式第４号（第３条関係）

廃止・休止届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

羽曳野市長　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事 業 者　　　名　称

代表者の職名・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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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。