様式第5号の2(第3条関係)

　　年　　月　　日

　身延町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（届出者）

所在地

　名称　　　　　　　　　　　印

代表者氏名

指定地域密着型サービス事業所・指定地域密着型介護予防サービス事業所

廃止・休止届出書

　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 | | | | | | | | |
| 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 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | | | | | | |

備考　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。