様式第8号(第6条関係)

年　　月　　日

身延町長　　　　　　　様

(届出者)

所在地

名　称

代表者名　　　　　　　　㊞

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業廃止・休止届出書

次のとおり、事業を(　廃止　・　休止　)しますので、届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 廃止・休止の別 | 廃止　・　休止 |
| 廃止・休止する事業所 | 事業所番号 |  |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 廃止・休止するサービス |  |
| 廃止・休止する年月日 | 　　　　　　年　　月　　日 |
| 廃止・休止する理由 |  |
| 現在、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(休止の場合のみ) | 　　　　　　年　　月　　日から　　　　　　年　　月　　日まで |
| 担当者 職名、氏名連絡先 |  |

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　該当項目に○をしてください。