様式第８号（第６条関係）

野洲市介護予防・日常生活支援総合事業廃止・休止届出書

年　　月　　日

野洲市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

事業者　　　名　称

代表者氏名

　次のとおり事業の（廃止・休止）を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 |  | | | | | | | | | | |
| 休止・廃止の別 | 休　止 ・ 廃　止 | | | | | | | | | | |
| 休止・廃止する年月日 | 年　 　月　 　日 | | | | | | | | | | |
| 休止・廃止する理由 |  | | | | | | | | | | |
| 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 | 年　　月　　日 ～ 　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |

　備考　指定を廃止又は休止する日の１月前までに届け出てください。