様式第５号（第４条関係）

廃止・休止届出書

年　　月　　日

　米原市長　　様

所　在　地

申請者　名　　　称

代表者氏名

　次のとおり事業の廃止・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 |  | 　 |
|  | 現にサービスまたは支援を受けていた者に対する措置 |  | 　 |
|  | 休止予定期間 |  | 　　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |

備考　廃止または休止の１月前までに届け出てください。