様式第５号（第６条関係）

年　　月　　日

　米　原　市　長　　様

所　在　地

申請者　名　　　称

代表者氏名

米原市介護予防・日常生活支援総合事業指定第１号事業者廃止（休止）届出書

米原市介護予防・日常生活支援総合事業における指定第１号事業者の指定等に関する規則第６条第２項の規定により、次のとおり事業の廃止（休止）をしますので届出します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止（休止）をする  事業所（施設） | 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・休止した理由 |  | | | | | | | | | |
| 現にサービスまたは支援を  受けていた者に対する措置  （廃止・休止する場合のみ） |  | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | | | | | | | |