様式第８号（第６条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者廃止・休止届出書

年　　月　　日

　　　大津町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　事業（開設）者（所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（名称及び代表者氏名）

次のとおり事業を廃止（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 |
| 電話番号 |
| サービスの種類 |  |
| 廃止・休止の別（該当するものに○をつける） | 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る者に対する措置 |  |
| 休止予定期間 | 休止日　～　　　　　年　　月　　日 |

備考　廃止又は休止する日の１月前までに届け出てください。