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。