年　　月　　日

白子町長　様

所在地

事業者　名　称

代表者の職名・氏名

白子町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者廃止・休止・再開届出書

　次のとおり事業の廃止（休止・再開）をしますので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止・休止・再開をする事業所 | 名　称 | フリガナ | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　　－　　　　） | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 | |  | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開の別 | | 廃止　・　休止　・　再開 | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開する年月日 | | 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（廃止又は休止する場合のみ） | |  | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |