様式第４号（第３条関係）

　南三陸町指定居宅介護支援事業廃止・休止届出書

年　　月　　日

　　南三陸町長　　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 住所  氏名 |

　　次のとおり事業を廃止・休止しましたので、届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止又は休止する事業所 | 名　称 |  | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | |
| 事業の種類 |  | | | | | | | | | | | |
| 廃止又は休止の別 | 廃止・休止 | | | | | | | | | | | |
| 廃止又は休止した年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 廃止又は休止した理由 |  | | | | | | | | | | | |
| 現にサービス又は支援を受  けていた者に対する措置 |  | | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 年　　月　　日　から　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | | | |

備考　１　「廃止、休止又は再開の別」欄については、該当項目に「○」を記入してください。

２　休止予定期間の欄については、休止の場合のみ記載してください。