様式第５号（第７条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業の事業者廃止・休止届出書

　　年　　月　　日

加古川市長　殿

所在地

届出者　法人名

代表者の職名・氏名

次のとおり事業の廃止・休止をしますので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | 介護保険事業所番号 | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 廃止・休止する事業所 | | 名称 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | | | | |
| サービスの種類　　　（該当するものに○） | |  | 介護予防型訪問サービス・ターミナル支援型訪問サービス | | | | | | | | | | | | | |
|  | 生活援助型訪問サービス | | | | | | | | | | | | | |
|  | 介護予防型通所サービス | | | | | | | | | | | | | |
|  | トレーニング型通所サービス | | | | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止の別 | | 廃止　　・　　休止 | | | | | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止予定年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止する理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 現にサービスを受けている者に対する措置 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | | 休止日の翌日　　　～　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 届出書担当者 |  | | | | 連絡先 | | | | |  | | | | | | |

備考　廃止又は休止する日の１月前までに届け出ること。