様式第５号(第１３条関係)

年　　月　　日

穴水町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所廃止(休止)届出書

　　(宛先)

　　穴水町長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

介護予防・日常生活支援総合事業者として指定を受けた事業を廃止(休止)したいので、穴水町介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第13条の規定により、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 廃止(休止)する  事業所 | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 名　　　　　称 |  | | | | | | | | | |
| 所　 在 　 地 |  | | | | | | | | | |
| サービスの種類 |  | | | | | | | | | |
| 廃止(休止)する年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |
| 廃止(休止)する理由 | |  | | | | | | | | | |
| 現にサービスを受けている者に  対する措置 | |  | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | | 年　 月　 日から　 年　 月　 日まで | | | | | | | | | |

備考　事業を廃止(休止)する日の1月前までに届け出てください。