様式第3号

介護予防・日常生活支援総合事業　廃止（休止）届出書

年　　　月　　　日

長与町長　宛

所在地

名　称

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

次のとおり介護予防・日常生活支援総合事業の廃止又は休止を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 | | | | | | | | | | |
| 廃止又は休止の別 | | 廃　止　・　休　止 | | | | | | | | | | |
| 廃止（休止）する年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
| 廃止（休止）する事業によるサービスの種類 | |  | | | | | | | | | | |
| 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　廃止又は休止をする日の１月前までに届け出てください。