第4号の2様式(第3条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所廃止・休止届出書 |  |

年　　月　　日

　勝浦市長　　　　　　　　　　様

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 所在地  名称　　　　　　　　　　印  代表者氏名 |

　次のとおり事業の廃止(休止)をしましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止(休止)する事業所 | 名称 | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | |
| サービスの種類 |  | | | | | | | | |
| 休止・廃止の別 | 休止・廃止 | | | | | | | | |
| 休止・廃止した年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | |
| 休止・廃止した理由 |  | | | | | | | | |
| 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～　　　年　　月　　日 | | | | | | | | |

備考1　該当項目番号に○を付してください。

　　2　変更内容が分かる書類を添付してください。