　　　　　別記第５号様式（第４条関係）

廃止・休止届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　音更町長　　宛て

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事 業 者　　　名　称

代表者氏名

　　　　　　　　　次のとおり事業の廃止（休止）をしたいので届け出ます。なお、本届出に係る情報については、都道府県、

国民健康保険団体連合会その他の機関に対して提供することに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 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・休止の別 | 廃　止 ・休　止 | |
| 廃止（休止）する年月日 | 年　 　月　 　日 | |
| 廃止（休止）しようとする理由 |  | |
| 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（休止する場合のみ） | 年　　月　　日 ～ 　　　　年　　月　　日 | |