

廃 止・休 止 届 出 書

年 月 日

三股町長 様

申請者

所在地  
名 称  
代表者名称

印

次のとおり事業の廃止（休止）をするので届け出ます。

	介護保険事業所番号									
廃止・休止しようとする事業所	名 称									
	所在地									
廃 止 ・ 休 止 の 別	廃 止 ・ 休 止									
廃止・休止しようとする年月日	年 月 日									
廃止・休止しようとする理由										
現に居宅介護支援を受けている者に対する措置										
休 止 予 定 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日									

- 備考 1 「利用者名簿」を添付してください。
- 2 「利用者名簿」を提出後、各利用者の移行先の事業所等が確定し次第、速やかに利用者ごとに移行確定先を記載した「利用者名簿」を提出してください。