様式第4号(第3条関係)

廃止・休止届出書

年　　月　　日

　鯖江市長　殿

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 | | | | | | | | |
| サービスの種類 |  | | | | | | | | |
| 休止・廃止の別 | 休止・廃止 | | | | | | | | |
| 休止・廃止しようとする年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 休止・廃止しようとする理由 |  | | | | | | | | |
| 現にサービスまたは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 | | | | | | | | |

注)　事業の休止・廃止をする1か月前までに届け出てください。