指定地域密着型サービス事業

指定地域密着型介護予防サービス事業　指定地域密着型サービス事業指定地域密着型介護予防サービス事業廃止・休止届出書

指定居宅介護支援事業

平成　　年　　月　　日

　　　弘前市長　様

所 在 地

事業者　名　　称

代表者名　　　　　　　　印

下記のとおり事業を廃止（休止）したいので、介護保険法第78条の５第２項、第82条第２項又は第115条の15第２項の規定により届け出ます。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 |  |
| 廃　止・休　止　の　別 | 廃止・休止 |
| 廃止・休止しようとする年月日 | 平成　　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る者に対する措置 |  |
| 休止予定期間 | 平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日 |

備考

１　「廃止・休止の別」欄は、該当するものを○で囲んでください。

２　廃止し、又は休止しようとする日の１か月前までに届け出てください。

３　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ４縦長としてください。

（担当及び提出先：健康福祉部介護福祉課）