様式第５号（第４条関係）

東海村指定居宅介護支援事業に係る廃止・休止届出書

年　　月　　日

　東海村長　　　　　　　　　　様

申請者　所在地　　　　　　　　　　　　　名称

代表者名

　次のとおり事業を廃止（休止）しますので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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・休止する理由 |  | | | | | | | | |
| 現に指定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　廃止又は休止の日の１月前までに提出してください。