

様式第3号(第3条関係)

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

年 月 日

鳥栖地区広域市町村圏組合管理者 様

所 在 地  
開設者 名 称  
代 表 者 職 名  
代 表 者 氏 名

次のとおり事業を廃止・休止するので届け出ます。

	介護保険事業者番号																		
廃止・休止する事業所	名称																		
	所在地																		
サービスの種類																			
廃止・休止の別	廃止 ・ 休止																		
廃止・休止する年月日	年 月 日																		
廃止・休止する理由																			
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	休止日 ～ 年 月 日																		

備考 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。