様式第６号（第７条関係）

小川町介護予防・日常生活支援総合事業　廃止・休止届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　小川町長　　宛て

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　 　　　　　　 　事業者　 名　称　　　　　　　　 　　　　印

代表者氏名

　　　次のとおり事業の廃止・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 | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 |  | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止の別 | 廃　止　・　休　止 | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止した年月日 | 年　 　月　 　日 | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止した理由 |  | | | | | | | | | | |
| 現にサービス又は支援を受けて  いた者に対する措置 |  | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 年　　月　　日 ～ 　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |