様式第3号の2(第3条関係)

廃止・休止届出書

年　　月　　日

　(宛先)北茨城市長

所在地

事業者　名称　　　　　　　　　　印

代表者氏名

　次のとおり事業を廃止・休止したいので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止・休止する事業所 | 名称 | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | |
| 廃止・休止の別 | 廃止　・　休止 | | | | | | | | |
| 廃止・休止しようとする年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | |
| 廃止・休止しようとする理由 |  | | | | | | | | |
| 現に指定居宅介護支援又は介護予防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 | | | | | | | | |