

様式第8号（第5条関係）

本宮市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者廃止・休止届出書

年 月 日

（宛先）本宮市長

所在地  
 事業者 名称  
 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 (いずれかを○で囲む。)	廃止                      ・                      休止								
廃止・休止する 年月日									
休止予定期間 (休止する場合のみ記入)									
廃止・休止する理由									
現にサービス等を受けていた者に対する措置 (具体的に記入してください。)									