様式第３号（第８条関係）

十和田市介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業者指定廃止（休止）届

年　　月　　日

　十和田市長　　　　様

所在地

事業者　名称

代表者氏名

　次のとおり事業の廃止・休止をしますので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 |  | | | | | | | | | |
| 休止・廃止の別 | 休止・廃止 | | | | | | | | | |
| 休止・廃止する年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | |
| 休止・廃止する理由 |  | | | | | | | | | |
| 現にサービスを受けていた者に対する措置 |  | | | | | | | | | |
| 休止期間(予定) | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | |