様式第４号（第４条関係）

十和田市指定居宅介護支援事業及び指定介護予防支援事業廃止（休止）届出書

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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 介護保険事業所番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |  | 　 |  | 　 |
| 廃止・休止する事業所 | 名称 | 　 |
| 所在地 | 　 |
| サービスの種類 | 指定居宅介護支援事業・指定介護予防支援事業 |
| 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 |