別紙様式第二号（三）

# 廃止・休止届出書

年　　月　　日

榎葉町長

所在地

申請者　　名称

代表者職名・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 |
| | 法人番号 |
| 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・休止する年月日 | 年　　月　　日 |
| 廃止・休止する理由 | |
| 現にサービス又は支援を受けている者に対する措置 | |
| 休止予定期間 | 休止日　～　　年　　月　　日 |

備考　廃止又は休止する日の１月前までに届け出てください。