様式第７号（第１２条関係）

介護予防・生活支援サービス事業者

廃止・休止届出書

　　　　年　　月　　日

臼杵市長あて

所在地

　届出者　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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止・休止する事業所 | 所在地 | | | | | | | | | |
| 名称 | | | | | | | | | |
| 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た者に対する措置  （廃止・休止する場合のみ） |  | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 年　月　日～　　　年　月　日 | | | | | | | | | |