様式第１０号（第７条関係）

指定地域密着型サービス事業所・指定地域密着型介護予防サービス事業所

廃止・休止届出書

年　　月　　日

石巻市長　　　　　　　　　殿

所在地

開設者　名　称

代表者職氏名

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・休止しようとする事業所 | | 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。