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。