

様式第4号（第5条関係）

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

平川市長 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・再開をしたので届け出ます。

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | 介護保険事業者番号 | | | | | | | | |
| 対象事業所 | 名称 | | | | | | | | |
| | 所在地 | | | | | | | | |
| サービスの種類 | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開 した年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開 した理由 | | | | | | | | | |
| 現にサービスを受けていた者に対する措置（廃止及び休止した場合のみ） | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 年 月 日～ 年 月 日 | | | | | | | | |