様式第3号の2(第3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

小野町長　様

所在地

事業者　　　名称　　　　　　　　　　　　印

代表者氏名

次のとおり事業の廃止(休止)をしますので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止(休止)する事業所 | 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 | | | | | | | | |
| 休止(廃止)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 |  | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 | | | | | | | | |

注）　廃止又は休止の場合は廃止又は休止の日の１ヶ月前までに届け出てください。