様式第3号の2(第3条関係)

指定介護予防支援事業所廃止・休止　届出書

年　　月　　日

小野町長　様

住所

申請者(所在地)

氏名

(名称及び代表者氏名)　　　　　　　　印

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 | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | | |
| 現に介護予防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。