様式第3号（第12条関係）

八頭町介護予防ケアマネジメント事業廃止（休止）届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　八頭町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所 在 地

　　　　　　　　　　　　　　申請者　　名 　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　次のとおり事業の廃止（休止）をしますので、八頭町介護予防ケアマネジメント事業実施要綱第12条の規定により届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止（休止）しようとする事業所 | 名　称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| 廃止（休止）の別 | 廃 止 ・ 休 止 | | | | | | | | | | |
| 廃止（休止）しようとする年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
| 廃止（休止）する理由 |  | | | | | | | | | | |
| 現にサービスを受けている者に対する措置 |  | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |