廃止・休止届出書

年　　月　　日

　　石井町長　殿

住　　所

法人名

代表者名

法人にあっては、主たる事務所の所在地

並びに名称及び代表者の氏名

　 介護保険法の規定により、次のとおり事業（施設）の廃止（休止）をするので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止（休止）をする事業（施設） | 名　　称 |  |
| 所在地 |  |
| サービス種別 |  |
| 廃止・休止の別 | 廃　　止　　・　　休　　止 |
| 廃止（休止）をする年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 廃止（休止）をする理由 |  |
| 現にサービス又は支援を受けている者に対する措置 |  |

**休止をする場合のみ記入**

|  |  |
| --- | --- |
| 休止予定期間 | 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 |

注１　介護保険法の規定により、廃止又は休止の日の1か月前までに届出が必要です。 注２　この様式に準じた別の様式を使用することができます。