

様式第7号（第4条関係）

廃止・休止届出書

年 月 日

多治見市長

事業者 所在地  
名称  
代表者職氏名 印

次のとおり事業を 廃止・休止 しますので届け出ます。

	介護保険事業所番号								
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・休止するサービス種別									
廃止・休止する理由									
現に指定居宅介護支援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								

備考 原則廃止又は休止の日の1月前までに届けてください。