

廃止・休止届出書

年 月 日

西予市長 様

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり事業を廃止(休止)するので届け出ます。

介護保険事業所番号	
廃止(休止)する事業所	名称
	所在地
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
廃止・休止する理由	
現にサービス又は支援を受けている者に対する措置	
休止予定期間	休止日 ~ 年 月 日

備考 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。