様式第５号（第４条関係）

指定居宅介護支援事業所廃止・休止届出書

　　年　　月　　日

　（宛先）もとす広域連合長

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 | | | | | | | | | |
| 住所地 | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | | | |
| 現に居宅介護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 | | | | | | | | | |

備考　廃止・休止する日の１月前までに届け出てください。