様式第５号（第３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）　明日香村長

事業者　所在地

名　　称

代表者の職名・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・休止の年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 廃止・休止する理由 |  |
| 現に居宅介護支援を受けているものに対する措置 |  |
| 休止予定期間 | 年　　　月　　　日～　　　年　　　月　　　日 |

　　備考　　１　廃止・休止の別欄は、該当項目に〇を記載してください。

　　　　　　　２　廃止又は休止する日の１月前までに届け出てください。