

様式第6号（第4条関係）

指定地域密着型サービス事業所・指定地域密着型介護予防サービス事業所 廃止・休止届出書

年 月 日

市川市長

申請者 住所
 (所在地)
 氏名
 (名称及び代表者氏名)

印

次のとおり事業を廃止（休止）するので届け出ます。

廃止（休止）する事業所	介護保険事業所番号	
	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 廃止し、又は休止する日の1月前までに届け出てください。