様式第６号（第４条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 指定介護予防支援事業所 | 廃止・休止届出書 |

年　　月　　日

　市川市長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 所　在　地  名　　　称  代表者氏名 |  |

　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 |  | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止の別 | 廃止　・　休止 | | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止しようとする年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止しようとする理由 |  | | | | | | | | | | | |
| 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、又は休止しようとする日の１月前までに届け出てください。