

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。