

廃止・休止届出書

年 月 日

千葉県知事 様

所在地

申請者 名称

代表者職名・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																				
	法人番号																				
廃止(休止)する事業所(施設)	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 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。