様式第４号

栗山町指定介護予防支援事業所指定廃止・休止届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

栗山町長　　　　　　様

住所

（所在地）

申 請 者　　氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

（名称及び代表者氏名）

次のとおり事業の　廃止・休止　をしましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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・休止した年月日 | 年　 　月　 　日 | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止した理由 |  | | | | | | | | | | |
| 現に介護予防支援を受けていた者に対する措置 |  | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |