様式３の２

指定居宅介護支援事業所廃止・休止届出書

年　　月　　日

　湯河原町長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 開設者 | 住所（所在地） |
|  | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞（名称及び代表者氏名） |

　次のとおり事業を廃止（休止）するので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止（休止）する事業所 | 名称 |
| 所在地 |
| サービスの種類 |  |
| 廃止・休止の別 | 廃止　　　・　　　休止 |
| 廃止・休止をする年月日 | 年　　　　月　　　　日　　 |
| 廃止・休止をする理由 |  |
| 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。