様式第３号の２（第３条関係）

指定地域密着型サービス事業所等廃止・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。