様式第５号（第４条関係）

豊山町指定第１号事業者指定廃止・休止届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　　　月　　　日

豊山町長

届出者　住所

　　　　　　（法人の場合は、主たる事務所の所在地）

氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　（法人の場合は、名称並びに代表者の職及び氏名）

次のとおり豊山町介護予防・日常生活支援総合事業を廃止・休止するので届出します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 廃止・休止する事業所 | 名称 |  | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業の種類 | |  | | | | | | | | | |
| 廃止又は休止しようとする年月日 | | 年　 　月　 　日 | | | | | | | | | |
| 廃止又は休止しようとする理由 | |  | | | | | | | | | |
| 現にサービスを受けている者に対する措置 | |  | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | | 年　 　月　 　日 | | | | | | | | | |