様式第７号（第11条関係）

**廃止・休止届出書**

年　　月　　日

　皆野町長　　　　　　　　　様

所在地

事業者　名称

代表者職・氏名　　　　　　　　　印

　　　年　　月　　日付け皆健福第　　　　号で指定を受けた事業所について、下記のとおり事業所を廃止（休止）しますので、皆野町地域支援事業実施要綱第１１条第２項の規定により届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　 | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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対する措置 |  |
| 休止予定期間 | 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 |

備考：廃止・休止する日の１か月前までに届け出ること。