様式第３号（第４条関係）

廃止・休止届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　（宛先）

　　　　　大津市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　次のとおり事業を廃止又は休止するので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止・休止する事業所 | 名称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| 第１号事業の種類 |  | | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | | | | |
| 現に事業を受けている者に対する措置 |  | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |