様式第５号（第７条関係）

廃止・休止届出書

年　　月　　日

八　幡　浜　市　長　　様

所在地

事業者名称

代表者職・名前　　㊞

次のとおり事業所を廃止（休止）しますので届け出ます。

	介護保険事業所番号										

廃止（休止）する事業所	名称 （〒　　－　　） 所在地
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に対する措置	
休止予定期間	年　月　日　～　年　月　日

届出書担当者		連絡先	

備考　廃止・休止する日の１月前までに届け出ること。