様式第６号（第１３条関係）

珠洲市介護予防・生活支援サービス事業者廃止・休止届

　年　　月　　日

（宛先）珠洲市長

所在地

申請者 名称

代表者氏名

次のとおり事業の廃止（休止）をしたいので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | |