第１０号様式

年　　月　　日

　指定居宅サービス事業者等廃止・休止届出書

船橋市長　あて

次のとおり指定居宅サービス事業者、指定地域密着型サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防サービス事業者、指定地域密着型介護予防サービス事業者、介護老人保健施設又は介護医療院の廃止（休止）をしたいので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 介護保険事業所番号 | |  | | |
| 届出者 | | 名称 |  | | | |
| 所在地 | （　　　－　　　　　） | | | |
| 代表者の職名 |  | | 氏名 |  |
| 廃止（休止）する事業所（施設） | | 名称 |  | | | |
| 所在地 | （　　　－　　　　　） | | | |
| 事業等の種類 | |  | | | | |
| 廃止・休止の別 | | 休止　　・　　廃止 | | | | |
| 廃止（休止）予定年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | | |
| 廃止（休止）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　　　～　　　年　　月　　日 | | | | |