

様式第5号の2（第5条関係）

廃止（休止）届出書

年 月 日

知事 殿（様）

住所
事業（開設）者（所在地）
氏名
（名称及び代表者職・氏名） 印

次のとおり事業を廃止（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													
サービスの種類														
廃止又は休止の別	廃止 ・ 休止													
廃止又は休止する年月日	年 月 日													
廃止又は休止する理由														
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													

- 備考1 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。
- 2 この様式は、九州各県（沖縄県を除く。以下同じ。）の共通様式ですので、宛先を書き換えていただければ、九州各県で使用できます。