様式第４号（第３条関係）

廃止（休止）届出書

年　　月　　日

　別府市長　　　　　　　　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　事業者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称及び代表者職・氏名

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 | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号：  FAX番号： | | | | | | | | | | |
| 廃止又は休止の別 | 廃止　・　休止 | | | | | | | | | | |
| 廃止又は休止をしようとする年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 廃止又は休止をしようとする理由 |  | | | | | | | | | | |
| 現に支援を受けている者に対する措置 |  | | | | | | | | | | |
| 休止の予定期間 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |

備考　廃止又は休止する１月前までに届け出てください。