

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者 廃止・休止届出書

年 月 日

久留米市長 あて

所在地  
申請者 名 称  
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											
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 廃止又は休止する日の 1 月前までに届け出てください。