別記様式第4号(第3条関係)

指定介護予防支援事業所廃止・休止届出書

年　　月　　日

　(あて先)栃木市長

所在地

事業者

名称

　次のとおり事業の廃止(休止)をしますので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止(休止)する事業所 | 名称 | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | | |
| 現に介護予防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　廃止又は休止をする1月前までに届け出てください。