別記様式第４号（第３条関係）

指定居宅介護支援事業所廃止・休止届出書

年　　月　　日

　（宛先）栃木市長

所在地

事業者

名称

　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 |  | | | | | | | | |
| 現に指定居宅介護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。