

様式第4号（第3条関係）

指定地域密着型サービス事業所  
指定地域密着型介護予防サービス事業所 廃止・休止届出書

年 月 日

可児市長 様

事業者 所在地  
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・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	休止日 ～ 年 月 日																			

備考 廃止又は休止する日の1箇月前までに届け出てください。