

様式第4号（第6条関係）

| | | | | | |
|---|---|-----|--|-------|--|
| 介護予防・日常生活支援総合事業廃止（休止）届出書 | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | |
| （宛先）松山市長 | | | | | |
| 住 所（主たる事務所の所在地） 届出者 氏 名（名称及び代表者の氏名） | | | | | |
| 印 | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | | | | | |
| 事 業 所 | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; padding: 5px;">名 称</td> <td style="width: 85%;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">所 在 地</td> <td></td> </tr> </table> | 名 称 | | 所 在 地 | |
| 名 称 | | | | | |
| 所 在 地 | | | | | |
| 事 業 の 種 類 | | | | | |
| 廃 止 又 は 休 止 の 別 | <input type="checkbox"/> 廃 止 <input type="checkbox"/> 休 止 | | | | |
| 廃止し，又は休止しようとする年 月 日 | 年 月 日 | | | | |
| 廃止し，又は休止しようとする理由 | | | | | |
| 現にサービスを受けている者に対する措置 | | | | | |
| 休 止 の 予 定 期 間 | 休止日から 年 月 日まで | | | | |

注1 廃止又は休止予定日の1月前までに届け出てください。

2 □のある欄は，該当する□の中にレ印を付してください。