　　　　　　様式第６号（第１４条関係）

能登町介護予防・生活支援サービス事業者廃止・休止届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　（宛先）能登町長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事 業 者　　　名　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

代表者氏名

　　　　　　　　　　次のとおり事業の廃止（休止）をしたいので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止（休止）する事業所 | 名称 | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | |
| 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 | 年　　月　　日 ～ 　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | |