

廃止（休止、再開）届出書

年 月 日

田 尻 町 長 様

主たる事務所の所在地

事業者 名 称

代表者職氏名

事業の（廃止・休止・再開）をしましたので、次のとおり届け出ます。なお、本届出に係る情報については、大阪府、国民健康保険団体連合会その他の機関に対して提供することを同意します。

	介護保険事業者番号												
届出に係る事業所	名称												
	所在地												
サービスの種類													
廃止・休止・再開の別	廃止・休止・再開												
廃止・休止・再開の年月日	年 月 日												
廃止・休止の理由													
現にサービス又は支援を受けていた者に対する措置（廃止・休止の場合のみ）													
休止予定期間	年 月 日～ 年 月 日												