

廃止・休止届出書

年 月 日

（宛先）春日市長

所在地
事業者 名称 印
代表者職氏名

次のとおり事業を廃止し、又は休止しますので、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	年 月 日 ~ 年 月 日													

注 事業を廃止・休止する日の1月前までに届け出てください。