

様式第4号（第3条関係）

廃止（休止）届出書

年 月 日

別府市長 あて

所在地

事業者

名称及び代表者職・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										
連絡先	電話番号： FAX 番号：										
廃止又は休止の別	廃止 ・ 休止										
廃止又は休止をしようとする年月日	年 月 日										
廃止又は休止をしようとする理由											
現に支援を受けている者に対する措置											
休止の予定期間	年 月 日～ 年 月 日										

備考 廃止又は休止する1月前までに届け出てください。