

老人居宅生活支援事業 廃止・休止届出書

年 月 日

鹿児島県知事 殿

申請者 所在地
 名称
 代表者職名・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	
	法人番号	
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	<input type="checkbox"/> 廃止 <input type="checkbox"/> 休止	
廃止・休止する年月日	年 月 日	
廃止・休止する理由		
現に便宜を受け、又は入所している者に対する措置		
休止予定期間	休止日 ~ 年 月 日	

備考 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。