　様式第５号（第３条関係）

事業廃止・休止届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　宇陀市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事 業 者　　　名　称　　　　　　　　　　　㊞

代表者氏名

　　　　　　　次のとおり事業の廃止又は休止をしますので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所又は施設 | 名称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 |  | | | | | | | | | | |
| 廃止又は休止する年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 廃止又は休止する理由 |  | | | | | | | | | | |
| 既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　　日から　　　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | | |

　　　　　　備考　施行規則に定める当該事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態に関する書類を

添付してください。