別記様式第５号（第６条関係）

年　　月　　日

郡上市長　様

事業者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　㊞

郡上市介護予防・日常生活支援総合事業廃止（休止）届出書

次のとおり事業を廃止（休止）するので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 指定事業所番号 |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 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 | | | | | |

備考

１　廃止し、又は休止する日の１か月前までに届け出てください。

　２　廃止・休止のどちらかに〇を付してください。