様式第５-２号

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者氏名 |  |
| TEL |  |
| FAX |  |

廃止・休止届出書

　　年　　月　　日

　豊　田　市　長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人の場合は、主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人の場合は、名称並びに代表者の職及び氏名）

|  |  |
| --- | --- |
| 介護予防訪問サービス | 廃止休止に係る事項を　　　　するので、豊田市介護予防・日常生活支援総合事業 |
| 生活支援訪問サービス　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 介護予防通所サービス |
| 生活支援通所サービス |

に係る指定の申請等に関する要綱第５条の規定により、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止・休止する事業所 | 名　称 |
| 所在地 |
| 事業（施設）の種類 |  |
| 廃止・休止する年月日 |  |
| 廃止・休止する理由 |  |
| 　 現にサービスを受けて　 いる者に対する措置 |  |
| 休止予定期間 |  |

備考　廃止・休止する日の１月前までに届け出てください。