様式第６号（第１５条関係）

年　　月　　日

（宛先）高松市長

申請者　主たる事務所の所在地

名　　　　称

代表者の氏名　　　　　　　　　　印

高松市介護予防・生活支援サービス事業者廃止・休止届

次のとおり事業の廃止・休止をしたいので、届けます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所 | 名称 | | | | | | | | | | |
| 所在地  電話番号 | | | | | | | | | | |
| 届出の種別 | 廃　止 ・休　止 | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 |  | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止しようとする年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止しようとする理由 |  | | | | | | | | | | |
| 現にサービス又は支援を  受けている者に対する措置 |  | | | | | | | | | | |
| 休止の場合はその予定期間 | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |

備考　廃止し、又は休止しようとする日の１月前までに提出してください。