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

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。