

年 月 日

（宛先）高松市長

届出者 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、届け出ます。

	介護保険事業所番号																			
事業所（施設）	名称																			
	所在地																			
	電話番号																			
届出の種類別	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																				
休止予定期間 （休止の場合のみ記載）	年 月 日 ～ 年 月 日																			

備考 廃止又は休止の1月前までに提出してください。