様式第４号（第４条関係）

廃止・休止届出書

年　　月　　日

　　宮城県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては，主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　事業（開設）者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　 （法人にあっては，名称及び代表者の職氏名）

次のとおり事業を廃止（休止）するので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止（休止）する事業所 | 名称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| 事業の種別 |  | | | | | | | | | | |
| 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 | 休止日　～　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |

備考　廃止又は休止する日の１月前までに届け出てください。