第８号様式（第７条関係）

年　　月　　日

（あて先）　浜松市長

住　　所
〔所　在　地〕
届出者　氏　　名
〔名称及び代表者氏名〕　　印
〔代表者氏名を自署する場合は、押印は不要です。〕

事業廃止・休止届出書

指定居宅サービス・指定地域密着型サービス・指定居宅介護支援・介護老人保健施設・介護医療院・指定介護予防サービス・指定地域密着型介護予防サービス・指定介護予防支援の廃止・休止をしようとするので、介護保険法第 75 条第 2 項・第 78 条の 5 第 2 項・第 82 条第 2 項・第 99 条第 2 項・第 113 条第 2 項・第 115 条の 5 第 2 項・第 115 条の 15 第 2 項・第 115 条の 25 第 2 項の規定により、次のとおり届け出ます。

記

介護保険事業所番号										

廃止・休止をしようとする事業所・施設	名　　称	
	所　在　地	（郵便番号　　-　　）
	電話番号	
事業等の種類		
廃止・休止の別	廃　止　・　休　止	
廃止・休止予定年月日		
廃止・休止の理由		
現に指定居宅サービス、指定地域密着型サービス、指定居宅介護支援、介護保険施設サービス、指定介護予防サービス、指定地域密着型介護予防サービス又は指定介護予防支援を受けている者に対する措置		
休止予定期間		

備　考
１　「廃止・休止の別」欄は、該当する種別を○で囲むこと。
２　「休止予定期間」欄は、事業を休止する場合に記入すること。