様式第９号（第８条関係）

坂戸市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者廃止・休止届出書

年　　月　　日

坂戸市長　あて

申請者　所　在　地

名　　　称

代表者職・氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 指定に係る事業所番号 |  | | |
| 廃止・休止する事業所 | | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 事業の種類 | |  | |
| 廃止・休止の別  （いずれかを○で囲む。） | | 廃止　　　・　　　休止 | |
| 廃止・休止する年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 休止予定期間  （休止する場合のみ記入） | | 年　　月　　日～  年　　月　　日 | |
| 廃止・休止する理由 | |  | |
| 現に事業を利用していた者に対する措置（具体的に  記入してください。） | |  | |

次のとおり事業を廃止・休止するので、坂戸市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定に関する規則第８条第２項の規定により届け出ます。