

廃止・休止届出（指定辞退申出）書

年 月 日

（あて先）宇都宮市長

住 所
 事業者 （法人の場合は、主たる事務所の所在地）
 氏 名 印
（法人の場合は、名称及び代表者の職氏名）

次のとおり事業を（廃止・休止・指定辞退）するので届け出ます。

	介護保険事業者番号								
対象となる事業所（施設）	名 称								
	所在地								
申 請 内 容	廃 止 ・ 休 止 ・ 指 定 辞 退								
サービスクラス									
指定を受けた年月日	年			月			日		
廃止・休止・指定辞退の年月日	年			月			日		
廃止・休止・指定辞退する理由									
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	平成 年 月 日			～			平成 年 月 日		

注 廃止又は休止又は指定辞退する日の1月前までに届け出てください。