

受付番号	
------	--

指定居宅介護支援事業 廃止（休止）届出書

年 月 日

大井町長 様

所在地
事業者 名称
代表者 印

指定居宅介護支援事業を廃止（休止）するので、介護保険法第82条第2項の規定により、次のとおり届け出ます。

	介護保険事業者番号									
廃止（休止）する事業所	名称									
	所在地									
廃止又は休止の別	廃止 ・ 休止									
廃止（休止）する年 月 日	年 月 日									
廃止（休止）の理由										
現に居宅介護支援を受けていた者に対する措置										

備考 1 廃止又は休止の日の1月前までに届け出てください。