第５号様式（第３条関係）

年　　月　　日

多摩市長　殿

所在地

届出者　　名称

代表者の職・氏名

多摩市指定居宅介護支援事業廃止・休止届出書

指定居宅介護支援事業者の指定に係る事業の（廃止・休止）をするので、多摩市指定居宅介護支援事業者の指定等に関する規則第３条の規定により届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 介護保険事業者番号 | | |  |
| 廃止・休止する事業所 | フリガナ |  | | | |
| 名称 |  | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　　） | | | |
| 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 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | | | |
| 担当者の職・氏名 |  | | 連絡先 | TEL FAX | |

備考　廃止又は休止をする日の１月前までに届け出てください。