

(様式第4号)

基準該当介護予防支援廃止・休止・再開届出書

平成 年 月 日

豊中市長様

所在地

事業者名(法人名)

印

代表者氏名

次のとおり事業の廃止（休止・再開）をしましたので届け出ます。

	介護保険事業所番号	
廃止（休止・再開）する事業所	名称	
	所在地	
廃止・休止・再開の別	廃止 ・ 休止 ・ 再開	
廃止・休止・再開した年月日	平成 年 月 日	
廃止・休止・再開した理由		
現に介護予防支援を受けていた者に対する措置 (休止・廃止した場合のみ)		
休止予定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	