第24号様式の7

介護保険指定特別給付事業者事業廃止(休止・再開)届出書

年　　月　　日

　(宛先)　名古屋市長

事業者　住所

氏名

|  |  |
| --- | --- |
|  | 法人の場合は、所在地、名称及び代表者氏名 |

　次のとおり事業を廃止(休止・再開)しましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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)した年月日 |  | | | | | | | | | |
| 廃止又は休止した理由 |  | | | | | | | | | |
| 現に配食サービスを受けていた方に対する措置  (廃止・休止した場合のみ) |  | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 |  | | | | | | | | | |

注　廃止(休止・再開)した日から10日以内に届け出てください。

備考　用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。