

介護予防・日常生活支援総合事業（サービスB）
変更（廃止・休止・再開）届出書

年 月 日

(宛先)佐野市長

所在地

実施団体 名 称

(変更の場合は、変更前)

⑨

(代表者の氏名)

佐野市介護予防・日常生活支援総合事業を変更（廃止・休止・再開）したいので、届け出ます。

団体の名称 (変更の場合は、変更後)	(フリガナ) -----
代表者の氏名 (変更の場合は、変更後)	(フリガナ) -----
団体の所在地 (変更の場合は、変更後)	〒
サービスの種類	通所型サービス (住民主体等) 訪問型サービス (住民主体等)
変更（休止・廃止・再開） の別	変更（ 休止 ・ 廃止 ・ 再開 ）
変更（休止・廃止・再開） する年月日	年 月 日
変更（休止・廃止）する理由	
現にサービスを受けている者 に対する措置 (休止・廃止する場合のみ)	
休止予定期間	年 月 日 ～ 年 月 日

備考 変更の場合は、変更する内容がわかる資料を添付すること。