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）　　㊞

（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。