

（様式第2号）

横浜市健康福祉局高齢施設課 行

FAX 045-641-6408

平成 年 月 日

申 出 書（休止・廃止）

「介護サービス情報の公表」に係る報告、調査及び公表については、次の期日まで、その実施を延期していただきますようお願いします。

1 ※（休止・廃止）の届出（予定）状況（※休止・廃止の不要な方を抹消すること。）

休止又は廃止の（予定）年月日 平成 年 月 日

市への届出（予定）年月日 平成 年 月 日

2 サービスグループ

事業所番号 （計画通知書をご 参照ください）	1	4								
------------------------------	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

（事業所で指定を受けているサービス（予防含む。）をすべて記入してください。）

（今回、休止又は廃止をしようとしているサービス（予防含む。）をすべて記入してください。）

なお、上記の期日までに、確実に事務処理を行いますことをお約束します。

横浜市長

所在地

事業所名

代表者職氏名

電話番号



記入者職名	記入者氏名	連絡先電話番号

※休廃止予定の場合、指定居宅サービス等廃止（休止、再開）届出書（案）を添付すること

※本様式については、FAX送信後、下記まで原本を提出すること

〒231-0017 横浜市中区港町1-1
横浜市健康福祉局高齢施設課
情報公表制度担当 宛