

(様式第2号)

横浜市健康福祉局高齢施設課 行
FAX 045-641-6408

令和 年 月 日

申 出 書 (休止・廃止)

横浜市長

所在地
事業所名
代表者職氏名
電話番号

「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 令和 年 月 日
市への届出 (予定) 年月日 令和 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。

| 記入者職名 | 記入者氏名 | 連絡先電話番号 |
|-------|-------|---------|
| | | |

※休廃止の場合、指定居宅サービス事業者等廃止 (休止、再開) 届出書の写しを添付すること
※本様式については、FAX送信後、下記まで原本を郵送にて提出すること

〒231-0005
横浜市中区本町6-50-10 横浜市庁舎16階
横浜市健康福祉局高齢施設課 情報公表制度担当 宛