様式第9号（第11条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業（サービスＣ）廃止（休止）届出書

年　　　月　　　日

酒田市長　宛

申請団体名称

（代表者氏名）

酒田市介護予防・日常生活支援総合事業を廃止（休止）したいので、次のとおり関係書類を添えて届出します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請団体 | フリガナ  名称 | |  | | | |
| 所在地 | | 〒 | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| Ｅ-メール |  | | |
| フリガナ  代表者名 | |  | | | |
| 代表者の連絡先 | | 〒  電話番号 | | | |
| 事業廃止（休止）詳細 | 廃止（休止）  期間 | 年　　　月　　　　日　から  　　　　　　年　　　月　　　　日　まで | | | | |
| 廃止（休止）  理由 |  | | | | |