様式第３号（第４条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業者

廃止・休止・再開届出書

　　　年　　　月　　　日

　　中新川広域行政事務組合　管理者　宛

所在地

事 業 者　　　名　称

代表者氏名

　　次のとおり事業の廃止（休止・再開）をしましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止（休止・再開）する事業所 | 名称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 |  | | | | | | | | | | |
| 休止・廃止・再開の別 | 休　止 ・ 廃　止 ・ 再　開 | | | | | | | | | | |
| 休止・廃止・再開した年月日 | 年　 　月　 　日 | | | | | | | | | | |
| 休止・廃止した理由 |  | | | | | | | | | | |
| 現にサービス又は支援を受けていた者に対する措置  （休止・廃止した場合のみ） |  | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 年　 　月　 　日～　　　　　年　 　月　 　日 | | | | | | | | | | |

　備考　事業の再開に係る届出にあっては、施行規則に定める当該事業に係る従業者の

勤務の体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。