様式第４号（第７条関係）

行田市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者

（廃止・休止・再開）届出書

年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 行 田 市 長 |  |
|  | 所在地  　　　　　　申請者　名　称  代表者職・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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止・休止・再開をした事業所 | 名称 | フリガナ | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |

注　事業の再開に係る届出にあっては、当該事業に係る従業者の勤務体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。