様式第３号（第５条関係）

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

　大治町長　殿

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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止・休止・再開する事業所 | 名　称 | | |  | | | | | | | |
| 所在地 | | |  | | | | | | | |
| 事業の種類 |  | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開の別 | 廃　止　・　休　止　・　再　開 | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開した年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止又は再開した理由 |  | | | | | | | | | | |
| 廃止又は休止の場合の現にサービスを受けている者に対する措置 |  | | | | | | | | | | |
| 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、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。