様式第３号（第３条関係）

**指定地域密着型（介護予防）サービス事業所**

**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 様

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）をするので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 | |  | | | | | | | | | | |
| 休止・廃止・再開の別 | | 廃 止 ・ 休 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  （休止する場合のみ） | | 年 　　月　　　日～　　　　　 年　　 月　 　日 | | | | | | | | | | |

備考　１　廃止又は休止するときは、１月前までに届け出ください。

　　　２　休止した事業所を再開したときは、当該事業にかか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の上、１０日以内に届け出ください。