様式第5号(第7条関係)

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業指定事業者指定廃止・休止・再開届出書

年　　月　　日

あて先(三芳町長)

届出者　　所在地

名称

代表者氏名

　次のとおり事業を廃止・休止・再開したので届出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止、休止又は再開する事業所 | 所在地 | | | | | | | | | |
| 名称 | | | | | | | | | |
| サービスの種類 |  | | | | | | | | | |
| 廃止、休止又は再開する日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 廃止・休止又は再開する理由 |  | | | | | | | | | |
| 現にサービスを受けていた者に対する措置 |  | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 年　　月　　日から　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | |

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。