様式第４号（第６条関係）

幌延町介護予防・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

幌延町長　　　　　　　　様

所　在　地

事業(開設)者　名　　　称

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　㊞

　次のとおり事業の廃止（休止・再開）をすることと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 | | | | | | | | | | | | |
| （郵便番号　　　－　　　　）  所在地 | | | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開の別 | | | 廃止・休止・再開 | | | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開する年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止する理由 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 現にサービス又は支援を受けて  いた者に対する措置（廃止・休  止した場合のみ） | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | | | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 届出書担当者 | |  | | 連　絡　先 | | | |  | | | | | | | |

備考

１　廃止・休止する日の１月前までに届け出ること。

２　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。