

廃止・休止・再開 届出書

年 月 日

西条市長 様

所在地
 (個人にあつては、住所)
 申請者 名 称
 代表者職・名前
 (個人にあつては、名前)

㊟

次のとおり事業を(廃止・休止・再開)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																		
	(〒 -) 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る者に対する措置 (廃止・休止する場合のみ)																			
休止予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日																		
届出書担当者								連絡先											

※廃止または休止しようとするときは、その1月前までに提出してください。

※事業の再開に係る届出にあつては、施行規則に定める当該事業に係る従業員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。