別記様式第４号（第４条関係）

指定地域密着型サービス事業所

指定居宅介護支援事業所

廃　止　・　休　止　・　再　開　届　出　書

指定地域密着型介護予防サービス事業所

指定介護予防支援事業所

年 月 日

竜　王　町　長

住所

開設者　　　（所在地）

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（名称および代表者氏名）

次のとおり事業を廃止する（休止する・再開した）ので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止する（休止する・再開した）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・再開年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 廃止・休止・再開理由 |  |
| 現にサービスまたは支援を受けている者に対する措置（廃止・休止の場合のみ） |  |
| 休止予定期間 | 休止日　～　　　年　　月　　日 |

備考

・廃止または休止する日の１か月前までに届け出てください。

・事業の再開に係る届出にあっては、従業者の勤務体制および勤務形態一覧表（参考様式1）を添付してください。