

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
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

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

竜王町長

開設者 住所
(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、従業員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。