第３号様式

廃 止（休止・再開）届 出 書

　　年　　月　　日

　大和高田市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　事業者　法人名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

次のとおり事業の廃止（休止・再開）をしますので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | | | | | | | | | |
| 休止（廃止・再開）の別 | 休止　・　廃止　・　再開 | | | | | | | | | | |
| 休止（廃止・再開）した年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
| 休止（廃止）した理由 |  | | | | | | | | | | |
| 現にサービス又は支援を受けていた者に対する措置  （休止又は廃止した場合のみ） |  | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 年　月　日～　　　　年　月　日 | | | | | | | | | | |

備考　事業の再開に係る届出にあっては、介護保険法施行規則に定める当該事業に係る従業者の

　　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。