様式第４号（第３関係）

金ケ崎町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所廃止・休止・再開届出書

年　　　月　　　日

金ケ崎町長　　　　　　　　様

所在地

申請者　 名　称

代表者職氏名　　　　　　　　　印

次のとおり事業を　廃止・休止・再開　しま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 |  | | | | | | | | | | |
| 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・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、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。