廃止・休止・再開届出書

年　　月　　日

　　　　扶　桑　町　長　殿

所在地

事業者　　　名　称

代表者氏名

　　　　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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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・再開する年月日 | 年　 月 　日 | | | | | | | | |
| 休止・廃止する理由 |  | | | | | | | | |
| 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・廃止する場合のみ） |  | | | | | | | | |
| 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、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。