様式第4号（第6条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所　指定廃止・休止・再開届出書

年　　月　　日

浜田地区広域行政組合　管理者　様

所在地

名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　印

次のとおり事業の（　 廃止 ・ 休止 ・ 再開 　）を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 |  | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | |  | | | | | | | |
| FAX番号 | | |  | | | | | | | |
| 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）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　１　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の体制及び勤務形態に関する書類等を添付してください。

２　事業の廃止又は休止に係る届出にあっては、廃止又は休止する日の１月前までに届け出てください。

３　廃止・休止・再開の該当項目に○をしてください。