様式第４号

**介護予防・日常生活支援総合事業指定第１号事業者廃止・休止・再開届出書**

　　　年　　　月　　　日

大曲仙北広域市町村圏組合

管理者　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開 設 者　　名　　　 称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

次のとおり事業を廃止（休止・再開）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 |  | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開の別 | 廃　止 　・ 　休　止 　・　再　開 | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開する年月日 | 年　 　　月　　 　日 | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止する理由  （廃止・休止する場合のみ） |  | | | | | | | | | | |
| 現にサービス又は支援を受けて  いる者に対する措置  （廃止・休止する場合のみ） |  | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 休止日　 ～ 　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |

備考　　廃止又は休止する日の１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、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。