様式第３号（第５条関係）

廃止・休止・再開届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

（宛先）有田川町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事 業 者　 名称　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

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

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。

　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。