様式第４号（第５条関係）

別紙5

廃止・休止・再開届出書

年　　月　　日

（宛先）甲州市長

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 |  | | | | | | | | | | |
| 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  ている者に対する措置（廃止・  休止した場合のみ） |  | | | | | | | | | | |
| 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。