様式第４号（第６条関係）

**愛西市介護予防・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

　（宛先）愛西市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 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。