様式第5号（第５条関係）

藤井寺市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者廃止・休止・再開届出書

年 月 日

藤井寺市長 様

　所　在　地

事業者　　名　称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　印

次のとおり事業所を廃止・休止・再開するので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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・再開する年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止する理由 |  | | | | | | | | | | |
| 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・休止の場合のみ） |  | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | | | | | | | | | | |

備考 1 再開しようとする日の10日前までに届け出てください。

2 廃止又は休止の日の１月前までに、届け出てください。

　　 3 事業の再開に係る届出にあっては、当該事業に係る従業員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。