　廃止・休止・再開届出書

年 月 日

田村市長　様

　　　　　 　　住所又は所在地

　 事業者(開設者)

　　　 　　氏名又は名称及び代表者職氏名

次のとおり事業を廃止・休止・再開する（した）ので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止・休止・再開する（した）事業所 | 名　称 |  | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開する(した)  サービスの種類 |  | | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開の別  （いずれかを○で囲むこと。） | 廃　止　　・ 休　止 ・ 再　開 | | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開する（した）  年月日 | 平　成　　 年　 月　 日 | | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開する（した）  理由 |  | | | | | | | | | | | |
| 現にサービス 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  （休止する場合のみ） | 平成　 年　 月　 日　～　平成　　 年　 月　 日 | | | | | | | | | | | |

担当者職氏名

　　　　　　　　　　　　　　　 連絡先ＴＥＬ　　　　　　　　　　ＦＡＸ

※廃止年月日・休止年月日は、サービス提供最終日としてください｡

　※事業を廃止又は休止する場合は、事業を廃止又は休止する日の１月前までに届出をしてください。

　※再開の場合は、再開した日から１０日以内に届出をしてください。

　※事業の再開に係る届出にあっては、介護保険法施行規則に定める当該事業に係る従事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。