

指定地域密着型サービス事業所  
 指定地域密着型介護予防サービス事業所 廃止・休止・再開届出書

年 月 日

四日市市長

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）をいたしましたので、介護保険法の規定に基づき、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									
休止・廃止・再開の別	休 止 ・ 廃 止 ・ 再 開								
休止・廃止・再開した年月日	年 月 日								
休止・廃止した理由									
現にサービス又は支援を受けていた者に対する措置 (休止・廃止した場合のみ)									
休止予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日								

備考1 事業の再開に係る届出にあつては、施行規則に定める当該事業に係る従業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

備考2 事業を休止又は廃止する場合は、利用者の移管先リストを添付してください

この届出についての連絡先

担当者：

TEL：

FAX：