第３号様式（第３条関係）

廃止・休止・再開届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　上　　里　　町　　長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事 業 者　　　名　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

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 |  |
| 　　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 | 平成　　 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 | 　　平成　　年　　月　　日 ～ 平成　　年　　月　　日 |

　　　　　　　備考　事業の再開に係る届出にあっては、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。