岩美町介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業者

（岩美町訪問介護相当サービス・岩美町通所介護相当サービス）

廃止（休止、再開）届出書

　　　年　　　月　　　日

岩美町長　様

所在地

届出者 法人名

職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

次のとおり、事業の廃止（休止、再開）を届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 対象事業所 | 名　称 |  | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | | | | | | | | | | |
| FAX番号 |  | | | | | | | | | | |
| 事業の種類 | 岩美町訪問介護相当サービス  ・  岩美町通所介護相当サービス | | | | | | | | | | | | |
| 廃止（休止、再開）の別 | 廃　止 ・ 休　止 ・ 再　開 | | | | | | | | | | | | |
| 廃止（休止、再開）年月日 | 年　 　月　 　日 | | | | | | | | | | | | |
| 廃止（休止、再開）する理由 |  | | | | | | | | | | | | |
| 現にサービスを受けている者に対する措置  （廃止・休止する場合のみ記入してください。） |  | | | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間（休止する場合のみ記入してください。） | 年　　月　　日 ～　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |

（注意） １　事業又は施設の廃止又は休止に係る届出にあっては、廃止又は休止の日の１月前までに届け出てください。

２　事業の再開に係る届出にあっては、再開の日より前に届け出てください。