様式第３号（第３条関係）

年　　月　　日

川南町長　様

所在地

事業者　　名　称

代表者　　　　　　　　　　　　　　　印

廃　止・休　止・再　開　届　出　書

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 | 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　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。