様式第4号

　　年　　月　　日

　甲斐市長　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者　名　　　称　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

廃止・休止・再開届出書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 次のとおり | 指定居宅介護支援事業所 | の事業の廃止・休止・再開をしますので届け |
| 指定介護予防支援事業所 |
| 出ます。 | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止・休止・再開する事業所 | 名称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開の別 | 廃止・休止・再開 | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開する年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止する理由 |  | | | | | | | | | | |
| 現に居宅介護支援・介護予防支援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 | 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。