

## 再開・廃止・休止届出書

年 月 日

大 村 市 長 様

所在地

事業 者 名 称

印

代表者氏名

次のとおり事業の（再開・廃止・休止）をしましたので届け出ます。

	介護保険事業所番号												
再開・廃止・休止する事業所	名称												
	所在地												
サービスの種類													
再開・廃止・休止の別	再 開・ 廃 止・ 休 止												
再開・廃止・休止した年月日	年 月 日												
廃止・休止した理由													
現にサービス又は支援を受けていた者に対する措置 (廃止・休止した場合のみ)													
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つては、介護保険法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。