様式第３号（第４条関係）

かほく市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者廃止・休止・再開届出書

　　年　　月　　日

かほく市長　　　　　　様

事業者　所在地

法人名

代表者氏名

事業を廃止（休止、再開）しますので、かほく市介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の指定等に関する要綱第４条の規定により次のとおり届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象事業所 | 介護保険事業所番号 |  |
| 名称 |  |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　　） |
| 連絡先 | 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| 事業の種類 |  |
| 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又は現に施設に入所している者に対する措置（廃止又は休止を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 |

備考　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、再開の日より前に介護保険法施行規則第１４０条の６３の５第１０号に規定す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の上、届け出てください。