様式第４号(第６条関係)

御船町介護予防・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

御船町長　　　　　　様

所在地

事業(開設)者 名　称

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

次のとおり事業を(廃止・休止・再開)することとしたので届け出ます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 介護保険事業所番号 | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 事業所名 | | 名称 | | | | | | | | | | | | |
| (郵便番号　　　　－　　　　)  所在地 | | | | | | | | | | | | |
|  | | 指定訪問型サービス　　・　　指定通所型サービス | | | | | | | | | | | | |
| 届出内容 | | 廃　　止　　　・　　　休　　止　　・　　再　　開 | | | | | | | | | | | | |
| 実施年月日 | | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開する理由 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 現にサービス又は支援を受けている者に対する措置 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | | 年　　　月　　　日　～　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 届 出 書 担 当 者 |  | | 連　絡　先 | | | | |  | | | | | | |

備考　廃止・休止・再開する日の1月前までに届け出てください。