第７号様式（第１５条関係）

年　　月　　日

中 井 町 長 　殿

所在地

事業者　名　称

　　代表者の職・氏名

中井町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者廃止・休止・再開届出書

　次のとおり事業の廃止（休止・再開）をしますので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止・休止・再開をする事業所 | 名　称 | フリガナ | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 郵便番号 | | | | | | | | | | |
| 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・再開する年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 休止・廃止する理由 | |  | | | | | | | | | | |
| 現にサービス又は支援を受けていた者に対する措置（休止又は廃止する場合のみ） | |  | | | | | | | | | | |
| 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、当該事業に係る従業者の勤務体制及び勤務形態に関

　　　する書類を添付してください。