廃止・休止・再開届出書

年　　　月　　　日

猪名川町長　様

（届出者）所　在　地

名　　　称

代表者氏名

　介護予防・日常生活支援総合事業における第１号事業を行う者の指定に係る事業を

（ 廃止 ・ 休止 ・ 再開 ）するので、次のとおり届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 介護保険事業者番号 |  |
| （廃止・休止・再開）する事業所 | 名　称 |
| 所在地 |
| サービスの種類 |  |
| （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　再開に係る届出にあっては、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。