　　　　様式第３号（第３条関係）

指 定 地 域 密 着 型 サ ー ビ ス 事 業 所

指 定 地 域 密 着 型 介 護 予 防 サ ー ビ ス 事 業 所 　廃止・休止・再開届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　鏡　石　町　長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申 請 者　　　名　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

代表者氏名

　　　　　　　　　　次のとおり事業の廃止（休止・再開）をしましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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・再開の別 | 休　止 ・ 廃　止 ・ 再　開 | | | | | | | | | |
| 休止・廃止・再開した年月日 | 年　 　月　 　日 | | | | | | | | | |
| 休止・廃止した理由 |  | | | | | | | | | |
| 現にサービス又は支援を受けて  　　いた者に対する措置  　　（休止・廃止した場合のみ） |  | | | | | | | | | |
| 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っては、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。