

様式第3号(第5条関係)

介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者廃止・休止・再開届出書

年 月 日

葛城市長 様

所在地  
申請者  
名 称



次のとおり事業所を 休止・廃止・再開 しますので届け出ます。

|                                      |          |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------|----------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                                      |          | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 休止・廃止・再開する事業所                        | 名 称      |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                      | 所在地      |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 休止・廃止・再開の別                           | 休止・廃止・再開 |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| サービスの種類                              |          |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 休止・廃止・再開する年月日                        |          |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 休止・廃止・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・廃止した場合のみ) |          |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 休止予定期間                               |          |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

備考 休止又は廃止する日の1月前までに届け出ください。再開の場合は、10日以内に届け出ください。事業の再開に係る届出にあっては、当該事業に係る従業員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。