

## 廃止・休止・再開届出書

年 月 日

昭 島 市 長 殿

開設(事業)者

所在地(住所)

名称及び代表者名(氏名)

印

次のとおり事業の廃止・休止・再開するので届け出ます。

|                                              |         |                     |  |  |  |  |  |  |  |                  |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------|---------|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|------------------|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                                              |         | 介護保険事業者番号           |  |  |  |  |  |  |  |                  |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止・休止・<br>再開する事業所                            | 事業所の名称  | フリガナ                |  |  |  |  |  |  |  |                  |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                              | サービス種別  |                     |  |  |  |  |  |  |  |                  |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                              | 事業所の所在地 | (郵便番号      —      ) |  |  |  |  |  |  |  |                  |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                              |         |                     |  |  |  |  |  |  |  |                  |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止・休止・再開の別                                   |         |                     |  |  |  |  |  |  |  |                  | 廃止・休止・再開                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止・休止・再開する年月日                                |         |                     |  |  |  |  |  |  |  |                  | 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<br>(休止・廃止した場合のみ)<br>措置 |         |                     |  |  |  |  |  |  |  |                  |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 休止予定期間(休止の場合)                                |         |                     |  |  |  |  |  |  |  |                  | 年      月      日～      年      月      日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 担当者 職・氏名                                     |         |                     |  |  |  |  |  |  |  | 連絡先 TEL      FAX |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

備考

- 1 該当項目に○を付してください。
- 2 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。