様式第５号（第１９条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業廃止・休止・再開届出書

　　年　　月　　日

光　市　長　様

所在地

事業者　　名　称

代表者職・氏名

廃止します

下記のとおり事業を　　休止します　　　　ので届け出ます。

再開しました

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止・休止する  事業所  再開した | 名称 | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | |
| サービスの種類 |  | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開の別 | 廃　止　　・　　休　止　　・　　再　開 | | | | | | | | | |
| 廃止・休止する  年月日  再開した | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |
| 廃止・休止する理由 |  | | | | | | | | | |
| 現にサービスを受けている者に  対する措置  　（廃止・休止する場合のみ） |  | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 年　　月　　日 　～　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | |

備考　１　事業を廃止し、又は休止する日の１月前までに届け出てください。

２　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。