様式第３号（第３条関係）

指定居宅介護支援事業者　　廃止 ・ 休止 ・ 再開　届出書

　　年　　月　　日

　那珂市長　　様

所在地

事業者　名　称

代表者の職・氏名

次のとおり事業の廃止・休止・再開について届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 介護保険事業所番号 | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止・休止・再開する事業所 | | フリガナ |  | | | | | | | | | | | |
| 事業所の名称 |  | | | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | （〒　　　―　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開の別 | | | 廃止　　・　　休止　　・　　再開 | | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開した年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止した理由 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 現にサービス又は支援を受けていた者に対する措置（廃止・休止した場合のみ） | | |  | | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | | | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | | | |
| 担当者  職・氏名 |  | | 連絡先 | | 電話番号  ＦＡＸ番号 | | | | | | | | | |

備考　１　該当項目に○を付けてください。

　　　２　事業の再開を届け出る場合、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。また、休止前の状況に変更が生じているときは、変更届出も併せて行ってください。