様式第４号（第５条関係）

廃止・休止・再開届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　川島町長　　　　　　　様

所　在　地

事 業 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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止（休止・再開）する事業所 | 名　称 |
| 所在地 |
| サービスの種類 |  |
| 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 ～ 　　年　　月　　日 |

　備考　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。