様式第３号（第５条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | 受付番号 | |  |
| 指定介護予防支援事業所廃止・休止・再開届出書 | | | | | | | |
| 年　　月　　日  筑西市長　　様  （事業所）所在地  　名称  代表者名  指定介護予防支援事業所の廃止（休止・再開）をしますので、介護保険法第１１５条第２５項の規定により、次のとおり届け出ます。 | | | | | | | |
| 廃止（休止・再開）する事業所 | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | |
| 所在地 | （〒　　　－　　　　）  県　　　　　　　　郡市 | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | | ＦＡＸ番号 | |  | |
| E-mail |  | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | |  | | | | | |
| 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・休止する理由 | | |  | | | | |
| 現に居宅介護支援を受けていた者に対する措置（廃止・休止する場合のみ） | | |  | | | | |
| 休止予定期間 | | | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | | | | |

備考　⑴　「受付番号」欄には、記入しないでください。

⑵　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。

⑶　この届出は、廃止又は休止しようとする場合は、その日の１月前までに、再開しようとする場合は、その日の１０日前までに提出してください。