様式第３号（第５条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  事業の　廃止　・　休止　・　再開　をしたので、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 |  | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | | FAX番号 |  |
| E-mail |  | | | |
| 介護保険事業所番号 | |  | | | |
| サービスの種類 | | |  | | |
| 休止・廃止・再開の別 | | | 休止　・　廃止　・　再開 | | |
| 休止・廃止・再開した年月日 | | | 年　　月　　日 | | |
| 休止・廃止した理由 | | |  | | |
| 現にサービス又は支援を受けていた者に対する措置 （休止・廃止した場合のみ） | | |  | | |
| 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、施行規則に定める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。