様式第３号（第６条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業　廃止・休止・再開届出書

　　年　　　月　　　日

　　揖斐広域連合長　様

所 　在 　地

申 請 者　　名　称

代 表 者 氏 名　　　　　　　　　　　　　　印

　　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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止（休止・再開）する事業所 | | 名　称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 | |  | | | | | | | | | | |
| 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、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。