廃止・休止・再開届出書

年　　　月　　　日

東　吾　妻　町　長　　様

所在地

（個人にあっては，住所）

事業(開設)者 名　称

代表者職・名前

（個人にあっては，名前）

次のとおり事業所（施設）を廃止（休止・再開）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 ・ 施 設 | 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・再開する年月日 | 　年　　　　　月　　　　　日 |
| 廃止・休止する理由 |  |
| 現にサービス又は支援を受けている者に対する措置（廃止・休止の場合） |  |
| 休止予定期間 | 　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　年　　　月　　　日 |
| 届 出 書 担 当 者 |  | 連　絡　先 |  |

備考　廃止・休止する日の1月前までに届け出ること。