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。