別記様式第４号（第６条関係）

**廃止・休止・再開届出書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

海　田　町　長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 所　在　地

事 業 者 名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　 　　　印

　　次のとおり事業の廃止（休止・再開）をしますので届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 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・再開する年月日 | 年　 　月　 　日 | |
| 休止・廃止する理由 |  | |
| 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　１　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。

２　用紙の大きさは，日本工業規格Ａ列４番とする。