第3号様式（第3条関係）

指定居宅介護支援事業所廃止・休止・再開届出書

年　　月　　日

　　須賀川市長

住　所

申請者　　名　称　　　　　　　　印

代表者氏名

　次のとおり事業の廃止（休止・再開）をするので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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（郵便番号　　　　-　　　　　）（電話番号　　　　　　　　　） |
| 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 |  |
| 現に居宅介護支援を受けている者に対する措置（廃止・休止する場合のみ） |  |
| 休止予定期間 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 |

備考　１　廃止・休止・再開の１か月前までに届け出てください。

２　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。