様式第５号（第６条関係）

廃止・休止・再開届出書

年　　月　　日

　朝来市長　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　事業者　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　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 |  | | | | | | | | | | |
| 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・再開する理由 |  | | | | | | | | | | |
| 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・休止する場合のみ） |  | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 年　　月　　日から　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | | |

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　廃止・休止・再開のうち該当するものを○で囲んでください。