別記第５号様式（第１３条関係）

**廃止・休止・再開届出書**

　　年　　月　　日

下松市長　宛て

届出者　所在地

名　称

代表者氏名

　下記のとおり、事業を廃止・休止・再開しましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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・再開した年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止した理由 |  | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止した場合の現に  サービス又は支援を受けて  いた者に対する措置 |  | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |

（注）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の体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。