様式第８号(第６条関係)

年　　月　　日

事業再開・廃止・休止届出書

　利府町長　宛

申請者の所在地

申請者の名称　　　　　　　印

　次のとおり事業の再開・廃止・休止をしますので届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 |  |
| 再開・廃止・休止する事業所 | 名称 | |
| 所在地 | |
| 再開・廃止・休止の別 | 再開・廃止・休止 | |
| 再開・廃止・休止する年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 廃止・休止する理由 |  | |
| 現に介護（予防）支援を受けていた者に対する措置(廃止・休止する場合のみ) |  | |
| 休止予定期間 | 年　月　日～　　　年　月　日 | |

備考　事業の再開に係る届出にあっては、介護保険法施行規則に定める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。