

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

多治見市長

所在地

事業者 名 称

印

代表者氏名

次のとおり事業の廃止・休止・再開をしましたので届け出ます。

	介護保険事業者番号	2	1							
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										
現にサービス又は支援を受けていた者に対する措置 (廃止・休止した場合のみ)										
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つては、様式1、付表及び施行規則に定める当該事業に係る従業員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。
- 2 事業の廃止又は休止の場合、原則廃止又は休止の日の1月前までに届けてください。
- 3 事業の再開の場合、再開した日から10日以内に届け出てください。