

第3号様式

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

平群町長 殿

開設者 住所  
 (所在地)  
 氏名  
 (名称及び代表者氏名)

印

次のとおり事業を廃止(休止・再開)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・休止した場合のみ)									
休止予定期間	休止日 ~ 年 月 日								

備考 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。