

第6号様式(第14条関係)

平群町介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者廃止・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)

平群町介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第14条第2項の規定により、次のとおり事業所を(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・休止の場合記載									
休止予定期間		年 月 日 ~ 年 月 日							
届出書担当者				連絡先					

備考 廃止または休止する日の1月前までに届け出てください。
事業の再開に係る届出にあつては、従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式2)を添付してください。