

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

小千谷市長 あて

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)するので届け出ます。

		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・休止する場合	廃止・休止する理由		
	現にサービス又は支援を受けている者に対する措置		
	休止予定期間	休止日 ~ 年 月 日	

備考

1. 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。
2. 事業の再開に係る届出にあっては、従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表を添付してください。