

様式第4号(規格 A4)(第5条関係)

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

みどり市長 様

所在地  
事業者 名称  
代表者氏名

印

次のとおり指定を受けた事業について届け出ます。

介護保険事業所番号	
事業所の名称	
事業所の所在地	
サービスの種類	
廃止・休止・再開の別	
廃止・休止・再開の年月日	年 月 日
廃止・休止する理由	
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・休止の場合のみ)	
休止予定期間	年 月 日～ 年 月 日

備考 事業の再開に係る届けにあつては、当該事業に係る従業者の勤務体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。