様式第4号（第6条関係）

嘉島町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者廃止・休止・再開届出書

年　　月　　日

　嘉島町長　　様

所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　印

　次のとおり事業を廃止・休止する（再開した）ので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 介護保険事業者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 対象事業所の名称及び所在地 | | | 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・再開年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止する（再開した）  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・休止する場合のみ） | | |  | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 年　　月　　日～　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |

備考　事業の再開に係る届出にあっては，当該事業に係る従業者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。