

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

赤磐市長 殿

住所
事業者 (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・廃止した場合のみ)	
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。
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を添付してください。