様式第５号（第７条関係）

廃止・休止・再開届出書

　　　年　　月　　日

甲賀市長　あて

所在地

事業者名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　㊞

次のとおり事業廃止（休止・再開）をしましたので、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（施設） | 名　称 |
| 所在地 |
| サービスの種類 |  |
| 休止、廃止又は再開の別 | 　　　　休止・廃止・再開 |
| 休止、廃止又は再開した年月日 | 年　　月　　日 |
| 休止又は廃止した理由 |  |
| 現にサービス又は支援を受けていた者に対する措置（休止又は廃止した場合のみ） |  |
| 休止予定時期 | 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体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。