様式第３号（第３条関係）

廃止・休止・再開届出書

　　　　年　　月　　日

　　　伊予市長　様

所　在　地

事業者　名　　　称

代表者氏名

　　次のとおり事業の廃止（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 | 名　称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 |  | | | | | | | | | | |
| 休 止・廃 止・再 開 の 別 | 休　止・廃　止・再　開 | | | | | | | | | | |
| 休止・廃止・再開した年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 休 止・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・廃止した場合のみ） |  | | | | | | | | | | |
| 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、施行規則に定める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。