

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

久 留 米 市 長 あて

所在地

事 業 者 名 称 印

代表者氏名

次のとおり事業の（廃止・休止をします／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・休止する／再開した事業所	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・休止する／再開した年月日	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つては、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。事業の廃止又は休止にあつては、事由が発生する日の1月前までに届け出てください。