

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

直方市長 様

届出事業者

所在地
名称
代表者職氏名

印

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										
廃 止 ・ 休 止 ・ 再 開 の 別	廃止 ・ 休止 ・ 再開									
廃 止 ・ 休 止 ・ 再 開 した 年 月 日	年 月 日									
廃 止 ・ 休 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 (廃止・休止の場合のみ)										
休 止 予 定 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日									

- 備考
- 1

廃止・休止の届け出については、廃止・休止する1ヶ月前までに提出してください。
- 2

事業所の再開については、届出を提出する1ヶ月前までに、直方市まで連絡をしてください。
事業の再開に係る届出にあつては、当該事業に係る従業員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。