第３号様式（第３条関係）

指定居宅介護支援事業所　　廃止・休止・再開届出書

年　　月　　日

　甲佐町長　　　　殿

届出者

所在地

名称及び代表者氏名　　　　　　　　　　㊞

　介護保険法の規定により、事業の廃止（休止・再開）をしたいので、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止（休止・再開）しようとする事業所 | （名称） | | | | | | | | | | |
| （所在地）  （電話） | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開の別 | 廃止　・　休止　・　再開 | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開をしようとする年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 廃止又は休止をしようとする理由 |  | | | | | | | | | | |
| 現にサービス又は支援を受けている者に対する措置 |  | | | | | | | | | | |
| 休止の予定期間 | 年　　月　　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。

　　　　廃止・休止する年月日は、事業を行う最終日を記入してください。